B. L. Mishara
R.G. Riedel

El proceso de envejecimiento



Colección: PSICOLOGIA
Psicología y vida

B. L. MISHARA
Profesor de Psicología de la Universidad de Québec, Montreal.
y
R. G. RIEDEL
Profesor de Psicología de la Southwest State University, Minnesota.

El proceso de envejecimiento

Prólogo a la edición española por
Joaquín Mª ARAGÓ MITJANS

Catedrático de Psicología Evolutiva
Universidad de Barcelona

Traducido por:
Guillermo SOLANA



EDICIONES MORATA, S.A.
Fundada por Javier Morata, Editor, en 1920
28004 – MADRID

Título original de la obra:
LE VIEILLISSEMENT
© Presses Universitaires de France , 1984

© EDICIONES MORATA, S.A. (1986)
Mejía Lequerica, 12. 28004 - Madrid

Depósito legal: M-43.375-85
ISBN: 84-7112-305-3

Compuesto por: ARTEDITA
Printed in Spain - Impreso en España

Imprime: UNIGRAF, S. A. Paredes, 20. FUENLABRADA (Madrid)

CONTENIDO

PROLOGO A LA EDICION ESPAÑOLA

por D. JOAQUIN Mª ARAGO MITJANS

Catedrático de Psicología Evolutiva
Universidad de Barcelona

Creo que es realmente un acierto que Ediciones Morata nos ofrezca el libro de MISHARA *y* RIEDEL *acerca del envejecimiento y esto por una serie de motivos que voy a exponer brevemente; serán sólo unas consideraciones, pero pueden tal vez ayudar a una mejor comprensión y valoración de esta obra.*

No es preciso ser un gran lector de periódicos y revistas para constatar que el tema de la vejez ocupa y preocupa a la opinión pública. También la radio aborda con frecuencia esta temática. Es normal que sea así y es de esperar que esto vaya en aumento porque, como es sabido, el número de personas mayores y ancianas es cada año mayor; en los países desarrollados, los mayores de 65 años constituyen ya cerca del 15% de la población total, lo que supone un aumento notable: en medio siglo casi se ha triplicado la proporción. Los problemas de jubilación, asistencia, residencia, etc., van adquiriendo un relieve hasta ahora desconocido. No es raro, pues, que se comente y escriba cada vez más sobre ello.

Se habla ciertamente mucho, pero no creo que sea un juicio apresurado afirmar que, en no pocas emisiones radiofónicas y en muchos artículos, el nivel científico que reflejan, podría ser más elevado; se corre el peligro de generalizar a partir de datos y situaciones, lacerantes sin duda, pero muy concretas y locales. Otras veces se presentan y comentan he-

chos sin advertir que se apoyan en presupuestos y opiniones que la gerontología actual ha superado netamente.

No hay que extrañarse de que esto suceda. Hay poca información de primera mano y ésta no siempre es fácilmente accesible; indicio de ello puede ser, por ejemplo, que los estudios sobre la psicología de la ancianidad sólo han adquirido carta de ciudadanía en la década de los 60, y entre nosotros las publicaciones científicas sobre la tercera edad y vejez todavía son más tardías y aún ahora escasas. A ello puede haber contribuido, por ejemplo, que en las Facultades de Medicina, la especialidad de geriatría sea de implantación relativamente reciente; más reciente aún es la creación de las Facultades de Psicología; en ellas además se estudia con detalle la evolución del niño y del adolescente, pero apenas queda tiempo para la temática de la adultez y de la ancianidad. Falta, pues, información válida, información coherente y que abarque todos los ámbitos de la problemática. El libro de MISHARA y RIEDEL creo que puede contribuir mucho a ampliar y profundizar esta información científica de modo que sea posible tener una visión sólida, global y coherente. Es uno de sus méritos.

Otro de ellos, y no ciertamente el menor, es, a mi juicio, el siguiente: hace ya años, H. WALLON formuló la afirmación de que no es posible una "observación" realmente neutral; querámoslo o no, siempre hay una hipótesis más o menos implícita que dirige, selecciona y condiciona así nuestra recogida de datos y luego su interpretación. La solución a este grave problema metodológico no estará en evitar o prescindir de teorías e hipótesis, (tarea por demás imposible), sino al contrario, en ponerlas de relieve, formularlas y dejar luego que la contrastación con los hechos y la dialéctica entre las diversas teorías vaya induciendo a modificaciones y acomodaciones para que la realidad quede mejor explicada. Una de las ventajas del método científico, es impulsar una continuada revisión de sus presupuestos siempre en contacto con la realidad. Pues bien, el libro de MISHARA y RIEDEL tiene muy en cuenta este aspecto metodológico y, desde el primer capítulo hasta el último (en éste precisamente de forma sistemática) y en cada una de las materias que estudia, nos ofrece un amplio abanico de teorías e interpretaciones con una personal apreciación crítica cuando lo juzgan oportuno. Esto no ha de desanimar al lector, al contrario; ya que no poseemos una teoría válida que sea única en orden a explicar el desarrollo humano, es preciso acercarnos a los hechos con un bagaje teórico suficientemente amplio para poder interpretar la realidad evitando reduccionismos a ultranza que la deformarían. Creemos que sólo así se prepara correctamente el camino para la optimización, es decir, la intervención, ya sea preventiva, asistencial o terapéutica. Es tanto más necesario considerar esto, cuanto el proceso de envejecimiento es una realidad muy plural y diferenciada. Precisamente lo que vicia con mayor frecuencia muchas divulgaciones es la rigidez con que siguen, tal vez sin advertirlo, una determinada teoría no siempre suficientemente fundada, a veces superada.

Acabamos de aludir a la noción de proceso de envejecimiento*; pues bien, otro de los méritos de la presente obra es seguir la corriente moderna que considera la vejez, no como algo estático sino dinámico; como un proceso. Esto, aunque parezca lo más obvio, no siempre se ha tenido en cuenta, ni aún ahora es un concepto del dominio común; dada su trascendencia, su desconocimiento puede inducir, y de hecho induce, a muchas incomprensiones y errores. Ya que considero esta característica como algo muy importante, voy a detenerme un momento en su exposición.*

Decir que el envejecimiento es un proceso equivale a recalcar que es un cambio *que no ocurre en forma repentina, como un accidente, sino en forma gradual y progresiva. Por tratarse, pues, de modificaciones que se van produciendo a lo largo de muchos años, queda patente que en estos cambios intervendrán una gran cantidad de factores, variables de todo tipo y que, según sea su actuación (conjugada, compensatoria, etc.), irán modelando y configurando diversamente la persona que envejece. Por esto se habla de un* proceso diferencial*; será posible, sin duda, hacer algunas generalizaciones, pero nunca dejará de ser cierto que, por ejemplo, a los 70 años unas personas conservan un notable vigor físico, una gran capacidad intelectual, una insaciable curiosidad científica, y otras menos. Dependerá, en gran parte, del ambiente en que han vivido, de la profesión ejercida, de si su tarea ha tenido aprobación, éxito, o lo contrario, etc. Entre las variables diferenciadoras que más hay que tener en cuenta se halla la llamada "efecto cohorte" o "efecto generacional". Así, por ejemplo, el haber nacido en 1914 o en 1940 en Alemania, no sólo indica un dato temporal, sino que implica el hecho perturbador de la guerra con todas sus consecuencias educativas, alimenticias, de ansiedad, etc., que es normal hayan influido mucho en la evolución vital*

del sujeto y dejado huellas que el tiempo no ha podido borrar del todo. De un modo general, podemos decir que la asistencia sanitaria, el número y calidad de las escuelas, las características del hábitat..., etc., se han ido modificando y, con frecuencia, mejorando con el aumento del nivel de vida; es normal que las personas mayores vayan presentando progresivamente unas características que, en parte al menos, se deberán a estas situaciones y su evolución. Con ello el proceso diferencial *de que hemos hablado se convierte en un proceso también* social, *con todo lo que implica. No tener en cuenta esto y juzgar con el mismo módulo a cada persona mayor, puede acarrear graves equivocaciones de apreciación e interpretación. En cambio, el atender a este proceso diferencial social propio de cada cohorte y, ya más en concreto, de cada individuo, nos permitirá una mejor apreciación de sus crisis, de sus aspiraciones, temores, etc,. En otras palabras, se abrirán unas posibilidades de* intervención *mucho más amplias y sobre todo más objetivas y adecuadas. A modo de digresión podemos decir que el no haber tenido en cuenta estas diferencias ocasionadas por la pertenencia a diferentes cohortes, indujo a errores metodológicos que crearon la idea, todavía generalizada como un rebelde estereotipo, de que el deterioro mental, la baja en el rendimiento intelectual sobre todo, se producía inexorablemente y en forma generalizada a partir de la misma juventud primera. La moderna psicología evolutiva ha mostrado que esto no responde a la realidad, al menos de una manera global y universalizada. No obstante, como acabamos de indicar, sigue influyendo en muchas apreciaciones y publicaciones.*

Otro acierto de los autores de este libro, en parte consecuencia de lo anterior, es su cuidado en no tomar la ancianidad como un bloque unitario, sino que se esfuerzan en ir señalando varios períodos o "edades" que van jalonando el desarrollo. Homogeneizar el envejecimiento *y, peor aún, reducirlo o* equipararlo *a una de sus etapas, es otro error metodológico que se ha sometido con frecuencia, dando lugar a la formación de estereotipos casi siempre negativos. Llamar vieja a una persona porque ha cumplido los 65 años y se ha jubilado y* equipararla, *implícitamente, a otra de 80 y aún más, ya se ve que no es objetivo y que normalmente ha de impedir una correcta comprensión de sus problemas y consiguientemente de la adecuada intervención. Y a la inversa, poner el rótulo de "residencias de tercera edad" a instituciones que albergan a personas con un promedio de más de 80 años, afectadas, gran número de ellas, por serias dolencias e incapacitaciones, es un engaño que a nadie favorece.*

Teniendo en cuenta los "méritos" o características de este libro, que acabamos de exponer, me parece justificado esperar que el tratamiento otorgado por los autores a los diversos problemas o aspectos del proceso de envejecimiento ha de ser muy sugestivo. En efecto, con esta óptica van iluminando la polifacética realidad del proceso físico *del envejecimiento, luego los aspectos* psicosociales *con especial hincapié en el tema de la jubilación y las teorías de la continuidad, desvinculación, etc. Como se puede suponer, dedican un amplio capítulo al análisis de los cambios que se aprecian en los procesos* psicológicos *a lo largo del envejecimiento: capacidad sensorial, memoria, inteligencia, emociones, personalidad y su tipología, etc.*

La sexualidad *en la persona que envejece es objeto de un estudio aparte, tal vez por ser uno de los temas más deformados por los estereotipos y divulgaciones populares. También aquí la investigación reciente ha mostrado la gran cantidad de prejuicios que no tienen base real, y la negativa repercusión de estas ideas falsas.*

Dada su importancia, dedica también un capítulo íntegro al problema de la salud mental *a lo largo de todo el proceso del desarrollo tardío. Los trastornos afectivos, el gran tema de la depresión que, por cierto, no es privativo de las personas ancianas, los desórdenes orgánicos cerebrales que no todos, ni mucho menos, son irreversibles como antes se creía, la demencia senil que de ordinario sólo se situa después de los 80 años, y otros temas afines son tratados con gran claridad y precisión; los autores apuntan también las terapias más aceptadas generalmente.*

Una novedad respecto a otros manuales es el capítulo dedicado a la muerte. *La muerte como suceso y la muerte como proceso son dos aspectos bien diferenciados y presentados con gran respeto; también se estudia el miedo, la angustia ante la muerte y cómo influyen en ellos los factores culturales. El suicidio y la eutanasia, en sus diversas formas, están, aunque brevemente, muy bien tratados. Lo que los autores nos dicen a este respecto creo que coincide con una expresión feliz que entre nosotros ha formulado J. L.* Pinillos: *la sociedad ha de procurar "no sólo añadir años a la vida, sino vida a los años"...*

También es una novedad que se aborde en este contexto el tema del duelo; entienden por tal, no sólo la "pérdida del objeto" en el sentido psicoanalítico, sino ampliándolo, toda pérdida, sea de un miembro o de una función (por ejemplo el caminar) y especialmente atienden a los efectos y emociones que esta pérdida, este duelo, implican. Es una problemática especialmente típica de la viudez. Se expone teniendo en cuenta los factores determinantes y las consecuencias psicosociales e indicando, al fin, algunas formas posibles de ayuda a las personas mayores que se ven afectadas por el duelo.

A modo de apéndice, los autores cierran el libro con un capítulo dedicado integra y sistemáticamente a la metodología enfocada hacia la planificación de la investigación. En pocas páginas nos ofrecen una panorámica bastante completa y las indicaciones que aportan tienen además la virtualidad de poner de relieve los múltiples factores que pueden viciar una investigación, sesgando y aún afectando la validez de los datos obtenidos, lo que invita a depurar al máximo los aspectos teóricos y procesuales como antes indicamos.

Creo que estas someras anotaciones ponen de relieve la riqueza y utilidad de la obra de MISHARA y RIEDEL. Es un libro valioso que podrá ser un buen instrumento de información y de trabajo. Después de su lectura comprenderemos y sintonizaremos mejor con las personas mayores y ancianas.

Joaquín Mª Aragó Mitjans
Barcelona, Enero de 1986

PROLOGO

Es conocida la historia de los cinco ciegos a quienes se pidió que describieran un elefante. El primero tocó sus colmillos, el segundo una oreja, el tercero sus flancos, el cuarto las patas y el quinto su rabo. Los cinco hombres dieron después descripciones muy diferentes del animal porque cada uno de ellos había "visto" una parte distinta. Los estudios de gerontología recuerdan un poco esta historia. Psicólogos, biólogos, sociólogos y antropólogos sólo perciben uno de los aspectos del envejecimiento y, como si fueran miopes, no ven lo que hacen los otros, de forma que, con frecuencia, ignoran una gran parte de los fenómenos que se producen al mismo tiempo.

A veces resulta decepcionante la falta de integración de las investigaciones gerontológicas. Es, en efecto, evidente que si la biología incide sobre la psicología y a la inversa, una y otra actúan en un contexto sociocultural que engloba a ambas. Sin embargo la mayoría de los autores sólo se interesan por lo que resulta accesible a su propia disciplina, ya sea la psicología, la biología, la demografía o la sociología. La lectura de los trabajos de investigación deja, pues, la impresión de un cierto vacío.

En esta obra presentamos, bajo la forma de un resumen crítico, cada una de las principales corrientes de la investigación y de la teoría gerontológicas. Precisemos que, en una obra tan breve, la elección de los aspectos estudiados refleja necesariamente las preferencias del autor. Tras un pequeño capítulo de

introducción exponemos las teorías y descubrimientos principales que caracterizan a la investigación en los campos biológico y médico (Capítulo II), sociológico (Capítulo III) y psicológico (Capítulo IV) en sus aplicaciones a la gerontología. En la medida de lo posible, hemos intentado poner de relieve las relaciones que mantienen los hechos estudiados por cada una de estas disciplinas. En los capítulos siguientes presentamos los descubrimientos sobre ciertos aspectos de la vejez que han merecido la atención de los investigadores. Las relaciones entre las diversas perspectivas, que surgen en la primera parte, deberán aparecer con mayor claridad a medida que abordemos cuestiones como la sexualidad, la salud mental, la muerte y el duelo; éstas permiten entrever la multiplicidad de los factores que concurren para explicar la experiencia del envejecimiento en nuestra cultura.*

Como apéndice figura un capítulo sobre la metodología de la investigación y sus aplicaciones a la gerontología. Algunos lectores estimarán que éste es un capítulo esencial, a otros les parecerá secundario; de cualquier manera que sea, este capítulo, como todos los demás, puede leerse en el orden que se prefiera. Algunos pasajes parecerán, desde luego, menos pertinentes que otros. Confiamos sin embargo en que el lector, deseoso de comprender mejor el proceso del envejecimiento tal como se desarrolla en nuestra sociedad, querrá considerar cada una de las perspectivas y cada uno de los temas abordados en esta obra.

Los autores desean expresar su gratitud a las numerosas personas que han contribuido a la elaboración de este trabajo y, en particular, a François Labelle que dibujó los gráficos, a Jacques Desaulniers y a Vania Marion, que colaboraron en la preparación del manuscrito; a Françoys Gagné, que efectuó la corrección de las galeradas, así como a los estudiantes de psicología de la Universidad de Québec, en Montreal, que tuvieron la paciencia de leer las pruebas del libro y accedieron a realizar una crítica inteligente. Finalmente queremos dar las gracias de manera muy especial a Irène Spilka que releyó la versión definitiva y nos ayudó con sus pertinentes comentarios.

* *Duelo:* Según FREUD, reacción ante la pérdida de un objeto o la desaparición de una persona. (*N. del R.*)

CAPITULO PRIMERO

INTRODUCCION AL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

La presente obra analiza cuanto sucede en el momento en que iniciamos la última parte de nuestra vida y, posteriormente, durante la vejez.

Nuestro cuerpo se modifica. Percibimos los cambios físicos que se producen en nosotros así como en quienes nos rodean, y reaccionamos consecuentemente.

Sobrevienen también cambios psicológicos. Influyen en nuestros pensamientos, sentimientos, creencias, valores, actitudes, conducta, personalidad y en nuestra manera de comportarnos con los demás.

Con el tiempo, cambia también el mundo que nos rodea. Se transforman los antiguos barrios. Evolucionan la moda y las costumbres. Los héroes del mundo deportivo y las estrellas de cine alcanzan su apogeo y declinan después, reemplazados por los recién llegados. Nos esforzamos por hallar los objetos familiares a los que nos sentimos unidos y en su lugar no encontramos más que el "progreso".

A medida que maduramos y que nos transformamos interiormente, lo que llegamos a ser está ligado de forma inexorable a la naturaleza de nuestro mundo exterior. Reaccionamos en efecto ante las influencias culturales y sociales, por ejemplo, al estilo de vida relacionado con un lugar específico, con una determinada época, en una sociedad concreta, con sus actitu-

des, sus creencias, sus leyes y sus reglamentos. Experimentamos también la influencia del entorno, como es el caso del régimen alimenticio, la vivienda, la higiene, las ocasiones que se nos brindan de divertirnos, de instruirnos, de trabajar, y todo lo demás.

En este libro estudiaremos el complejo juego de las influencias físicas, psicológicas, sociales, culturales y materiales en la medida en que conciernen al envejecimiento y examinaremos diversas teorías referidas a la influencia de los factores sociales así como del entorno sobre la maduración física y psicológica. Finalmente, resumiremos las especulaciones de los investigadores respecto a la forma en que evolucionará verosímilmente en el futuro la calidad de vida de las personas de edad.

¿Qué quiere decir ser viejo? ¿o vieja?

¿Cuándo se llega a viejo? ¿Qué quiere decir ser viejo o vieja? Más exactamente: ¿Cuándo será usted viejo? ¿Se puede ser joven a los 75 años y son ya viejos los de 50? ¿Es la vejez un estado de espíritu o se trata de un estado físico? Es posible considerar el envejecimiento al menos desde cuatro puntos de vista: cronológico, psicobiológico, psicoafectivo y social.

La edad cronológica

La manera más simple de definir la vejez consiste en contar los años transcurridos desde el nacimiento. De forma general, las estadísticas sobre los ancianos fijan su comienzo, arbitrariamente, en los 65 años ¿Qué diferencia existe sin embargo, entre el hecho de tener 65 años y hallarse clasificado entre los viejos y el de tener 64 años y figurar todavía entre los individuos de edad madura?

En ciertas personas la transición se efectúa gradualmente mientras que en otras es rápida y traumática. En el caso de una persona obligada a jubilarse, el 65 aniversario puede significar una entrada brutal en la vejez. En otros el envejecimiento se produce suavemente, jalonado por los cabellos que se vuelven grises, los hijos que abandonan el hogar, los amigos que mueren y otros signos cada vez más frecuentes.

¿Cuándo comienza uno a darse cuenta del paso de una edad a otra? A menudo en el momento de la pubertad, que señala el comienzo de la adolescencia. En efecto, la adolescencia aparece, por lo general, acompañada de cambios físicos notables como la aceleración del crecimiento, la aparición de vello pubiano, el comienzo de las menstruaciones y el crecimiento de los senos en la chica, el cambio de voz y las primeras eyaculaciones en el varón. Al mismo tiempo, se producen cambios de orden social: paso de la enseñanza primaria a la secundaria, lo que representa para algunos el inicio de una nueva existencia. Cambian las actividades. Chicos y chicas comienzan a reunirse y en ocasiones este período resulta muy difícil de atravesar. Pero los cambios tan notables de la pubertad presentan unas variaciones individuales. Así el comienzo de la transformación física, por ejemplo, se sitúa en una edad que, según los sujetos, puede variar de 5 a 6 años. Estas modificaciones físicas dependen en gran parte del "reloj biológico", pero también están influidas por factores diversos y numerosos como la alimentación y el ejercicio físico. Algunas mujeres empiezan a menstruar antes de los 10 años mientras que en otras no acontece hasta los 16 [NCHS*, 1973].

La importancia de estos cambios reside en su valor indicativo. Señalan en efecto que pronto aparecerán nuevas reacciones. Algunos perciben estos mensajes y modifican en consecuencia su manera de vivir, pero otros los compensan en exceso y tratan de demostrar su juventud a ellos mismos y a los demás, manteniéndose "en la ola". Las diferencias individuales no sólo se manifiestan al comienzo de la transformación física, sino también durante toda ella. En algunos, por ejemplo, esa transformación queda concluida al cabo de 6 meses mientras que en otros dura 6 años.

En nuestra sociedad, el segundo paso importante sobreviene a la edad de 21 años. La costumbre de hacer que se inicie la maduración a los 21 años, se remonta a una vieja tradición establecida por Aristóteles hace dos mil años. Sólo recientemente han sido modificadas las leyes en varios países para establecer, en el terreno jurídico, el comienzo de la edad adulta a los 18 años.

Los otros pasos significativos son, en la mayoría de los casos, los que marcan el final de un decenio y el comienzo de otro, por ejemplo, de los 29 a los 30 años, de los 39 a los 40 años, de los 49 a los 50 años, de los 59 a los 60 años. Es evi-

* NCHS: *National Center for Health Statistics.*

dente que estas etapas no tienen ni la misma importancia ni igual significación para todos. En algunos la transición de los 29 a los 30 años pasa casi desapercibida, mientras que la de los 39 a los 40 produce un efecto dramático; porque el cambio de decenio supone el riesgo de acentuar el efecto de acontecimientos producidos en el curso de los 10 años anteriores. En otros términos, este aniversario puede obligar súbitamente al sujeto a tomar conciencia de las transformaciones iniciadas durante los últimos 10 años. La menopausia, que marca una etapa importante, puede, al igual que la pubertad, ser más o menos precoz o tardía, apareciendo, a veces, al final de la treintena o bien al comienzo de la cincuentena. Puede precipitarse por una intervención quirúrgica (fig. I-1, NCHS, 1966).

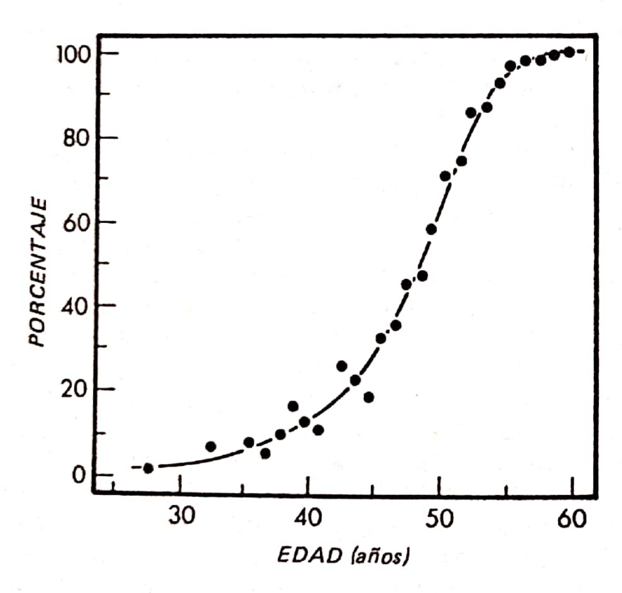


Figura I-1. —Porcentaje de mujeres, según la edad, que en el momento de la encuesta declararon haber tenido la menopausia (Fuente: NCHS, 1966).

En nuestra sociedad las edades de 65 o 70 años marcan el comienzo de la vejez porque coinciden frecuentemente con el momento de la jubilación. En parte, pues, el ingreso en la vejez se halla establecido por decreto. En razón del hecho de que la edad arbitraria y obligatoria de la jubilación, que se produce

normalmente a los 65 años, puede a veces ser retrasada hasta los 70, algunas personas envejecen, jurídicamente al menos, antes que otras. Aunque más allá de los 65 o de los 70 años no quede señalado el envejecimiento por jalones oficiales, el grupo de los "viejos" engloba un amplio abanico de edades. En efecto, si se considera la distribución por edades de los "viejos" se comprueba que se halla repartida entre dos o tres generaciones.

Teniendo en cuenta la gran dispersión de edades comprendidas en el período llamado vejez, período que engloba fácilmente la tercera parte de nuestra vida, es cómodo distinguir dos grupos de personas de edad: los "viejos jóvenes" y los ancianos propiamente dichos. Repitamos que resulta arbitrario colocar el umbral a los 70, a los 75 años o en cualquier otro momento. La realidad es que estas distinciones no tienen nada de permanente. Antaño resultaba raro hallar individuos de 65 años mientras que ahora, en los países industrializados, son numerosas las personas de 70. Con frecuencia los viejos jóvenes se muestran todavía activos y están libres de los problemas asociados con el envejecimiento. En nuestra época se prolonga constantemente la duración de la vida activa y de otras características de la juventud.

La edad cronológica viene generalmente acompañada de un fenómeno de identificación con los estadios tradicionalmente reconocidos como constituyentes de la juventud, la edad madura y la vejez. Los primeros estudios sobre el envejecimiento mostraron que las personas tienen conciencia de ser primero jóvenes, después adultos, de envejecer, de tornarse en individuos de edad y finalmente viejos (BURGESS, CAVAN y HAVINGHURST, 1948). Posteriores investigaciones (BUSSE, JEFFERS y OBRIST, 1957; JEFFERS, EISDORFER y BUSSE, 1962) indican que la identificación con el grupo de los jóvenes, de los adultos, de las personas de edad madura o de los viejos no depende exclusivamente de la edad del sujeto sino también de su estado de salud y de su raza, así como de su manera de comprender los términos empleados para designar los estadios de la vida. Estas variaciones se hallan determinadas por una diversidad de causas, incluidas las de la clase socioeconómica, la instrucción y el grupo étnico. De hecho, no existe unanimidad sobre el sentido de las palabras que designan los últimos estadios: ¿Se es viejo antes de ser una persona de edad o a la inversa? Uno de los objetivos de los estudios mencionados consistía precisamente en tratar de realizar una delimitación coherente de esta última

parte de la vida, pero los resultados fueron más bien decepcionantes.

Si se pretende que la edad cronológica sirva de criterio para la evaluación de los acontecimientos de la vida, sería deseable llegar a un acuerdo respecto de la edad en la que éstos se producen. De esta manera, NEUGARTEN y sus colaboradores (1964) pidieron a sus sujetos que dijeran a qué edad habían sucedido determinados acontecimientos. Sus resultados ofrecen un acuerdo satisfactorio aunque presenten variaciones individuales. Hay unanimidad, con una desviación débil de apenas 2 años, sobre la edad ideal para terminar la escolaridad y comenzar a trabajar; pero en otros puntos, por el contrario, dista de haberse logrado un acuerdo. Así, entre los hombres, se registra una desviación de unos 15 años para el momento en que se sitúa la plenitud de la vida, lo que supone un desacuerdo considerable.

En resumen, parece que existe una relación entre la edad cronológica y la serie constituida por los acontecimientos de la vida. Sin embargo los umbrales arbitrarios establecidos conforme a la edad resultan a menudo engañosos, porque son frecuentes las diferencias individuales y los cambios suelen ser graduales, produciéndose rara vez el mismo día del cumpleaños. Tanto como el número de cumpleaños, parecen entrar en la concepción de la edad numerosas variables como la salud y los factores sociales y económicos. Puesto que se envejece de modo diferente desde el punto de vista físico, económico y social, la edad cronológica sirve, todo lo más, para marcar la edad "objetiva".

La edad física y biológica

Otros criterios que pueden servir para definir el envejecimiento son los cambios físicos y biológicos. Pero, a menos que se produzca un traumatismo excepcional, el envejecimiento físico se desarrolla gradualmente, de forma que resulta a menudo arbitrario precisar el momento en que una persona es físicamente vieja. La mayoría de los seres humanos sienten disminuir poco a poco sus fuerzas entre los 30 y los 35 años, pero no dan importancia al hecho en tanto no se vean afectadas sus actividades cotidianas. Las personas para quienes es importante su condición física, como los atletas, o las que se preocupan de su belleza física, pueden apercibirse de su envejecimiento fisiológico con más facilidad que aquellas cuyas actividades

no están centradas en su estado físico. Las modificaciones graduales se aprecian cuando alcanzan un umbral crítico que provoca un cambio, como el primer par de gafas bifocales. La hipótesis de la "discontinuidad" fue emitida por vez primera por BIRREN, BUTLER, GREENHOUSE, SOKOLOFF y YARROW (1971). Estos autores sostienen que, aun sabiendo que los mecanismos físicos declinan muy pronto al comienzo de la edad madura, la mayoría de las personas no toman conciencia del hecho más que en el momento en que afecta notablemente a sus actividades cotidianas.

La imagen que se tiene de uno mismo puede cambiar cuando comienza a darse cuenta de que los cabellos se vuelven grises o más escasos, cuando aparecen las arrugas y la sequedad de la piel y aumenta el peso. Ha nacido toda una industria del deseo de conservar la apariencia de la juventud: tintes para los cabellos, cremas para la piel y otros productos de todo género que se venden diariamente en grandes cantidades; no tienen otra razón de ser que la de reducir la progresión o reparar las huellas del tiempo. ¿Pero la persona que sigue pareciendo joven, se siente más joven interiormente que quien permite que se manifiesten de manera natural los cambios evidentes del tiempo?

El envejecimiento físico modifica la imagen que tenemos de nosotros mismos, pero hace también otra cosa. Señala a los demás que conviene cambiar de comportamiento hacia nosotros. Jean-Paul SARTRE (*Le Nouvel Observateur,* 1980) señalaba:

> ... un anciano no se siente nunca un anciano. Comprendo por los otros lo que implica la vejez en quien la mira desde fuera, pero no siento mi vejez.

Por fortuna, la mayoría de nuestras actividades cotidianas no exigen que funcionemos con el máximo de eficacia; ahora bien, este máximo es el que disminuye con la edad. En quienes, como los atletas, operan muy cerca de sus máximas posibilidades, los cambios provocados por el envejecimiento, en especial el cambio del curso de su vida, sobrevienen antes que en los demás.

La palabra envejecimiento evoca habitualmente cambios físicos desagradables: pérdida de fuerza, disminución de la coordinación y del dominio del cuerpo, alteración de la salud. Pero si este cuadro es cierto en determinados casos, omite las diferencias individuales, la naturaleza y la amplitud de los cambios

físicos así como la forma en que éstos se relacionan con factores procedentes del entorno y del medio social. Tales aspectos merecen un estudio específico. Recordemos por ejemplo que:

– todos los individuos no envejecen al mismo ritmo ni de la misma manera;
– muchas personas de edad tienen mejor salud que otras más jóvenes;
– no son nefastos todos los cambios de la edad madura y de la vejez; los resfriados, alergias y dolores crónicos de cabeza, por ejemplo, tienden a disminuir o a desaparecer a medida que se envejece;
– en cualquier edad, la enfermedad puede proceder de un entorno y de condiciones sociales independientes de la voluntad del sujeto.

Durante una investigación realizada en Seattle, Washington, se descubrió que las dificultades de las personas deprimidas o inseguras se explicaban por una nutrición deficiente, por una mala utilización de los medicamentos y por procesos mórbidos que no eran necesariamente de origen psiquiátrico, pero que poseían efectos secundarios psiquiátricos (RASKIND, ALVAREZ, PIETRZYK, WESTERLUND y HENLIN, 1976). Los cambios fisiológicos del envejecimiento deben, pues, ser considerados en sus relaciones con los factores económicos, sociales y culturales, así como con los hábitos de higiene del sujeto.

La edad psicológica y emotiva

¿Existen signos psicológicos o afectivos de la vejez? Sabemos que la madurez posee algo característico. Por ejemplo, una persona es considerada psicológicamente madura cuando puede asumir sus responsabilidades en la sociedad. ¿Pero cuáles son los aspectos psicológicos asociados con el envejecimiento? ¿Se siente uno interiormente distinto a los 70 años de lo que se sentía a los 40?

Para estudiar las diferencias psicológicas entre jóvenes y viejos cabe examinar la manera en que las experiencias de una población de edad difieren de las de una población joven. Es evidente que se posee más experiencia a los 70 que a los 40 años. Pero la instrucción es una forma de experiencia condensada y el nivel de instrucción se eleva, de tal suerte que ciertos sujetos jóvenes pueden tener más experiencia que sus mayores. En una sociedad en que la tecnología evoluciona rápidamente (pensemos en los progresos logrados por la electrónica en el espacio de 20 años) la mayoría de las personas deben evolucionar sólo para mantenerse al día. El cambio se ha convertido en un modo de vida en sí mismo. Por lo demás, a los 70 años el sujeto se aproxima a la muerte, lo que puede tener efectos psicológicos. Como dice NEUGARTEN (1968), a partir de un determinado momento, "la vida se reorganiza en función del tiempo que queda por vivir más que del tiempo transcurrido desde el nacimiento" (p. 97, la traducción es nuestra).

Los cambios psicológicos pueden dividirse en dos grupos:

1.– Los cognitivos, es decir los que afectan a la manera de pensar así como a las capacidades y
2.– los que conciernen a la afectividad y a la personalidad.

Estas modificaciones no sobrevienen solas. La personalidad y las funciones cognitivas se ven afectadas por acontecimientos como la jubilación, la muerte del cónyuge, que se hallan ligados a experiencias complejas en el seno del medio social. Ahora se cree que la manera de reaccionar ante las experiencias sociales determina ciertos aspectos importantes del envejecimiento.

La edad social

La edad social designa los papeles que se puede, se debería, se pretende, se desea o han de desempeñarse en la sociedad. Determinados papeles sociales pueden entrar en conflicto con los jalones arbitrarios de la edad cronológica. Así cabe que una persona de edad desee continuar desempeñando el papel de sostén de la familia, incluso después de su jubilación obligatoria. El conflicto entre las edades social, psicológica y cronológica constituye una forma de disonancia. Por ejemplo, quienes no gustan de su papel de trabajador y desean jubilarse antes de la edad designada, se encuentran en una situación tan disonante como quienes se ven obligados a abandonar un trabajo agradable que les reporta un importante sentimiento de identidad.

Es evidente que ciertas variables sociales evolucionan con la edad, pero sin seguir necesariamente a la edad cronológica. La variable independencia/dependencia es un ejemplo de ello. Situados al principio en un estado de dependencia total, los ni-

ños se vuelven cada vez más independientes. Después, tras haber llegado a ser autónomo, el adulto conoce un período durante el cual ciertos seres dependen de él. Finalmente, mientras que se emancipa de manera gradual la siguiente generación, los padres retornan a un estado de dependencia respecto de sus hijos o de la sociedad. Esta situación puede sobrevenir por la inflación, la pérdida de un empleo, unos gastos médicos imprevistos, cuestiones todas que vuelven a colocar al individuo en una situación de dependencia respecto del Estado o de quienes estuvieron antes a su cargo. La dependencia produce efectos diferentes en unas y otras personas en función de diversos factores sociales y psicológicos. PALMORE (1975) advierte que la situación puede resultar enteramente inversa en el Japón, según el grado de libertad y de respeto otorgado a las personas a diversas edades (fig. I-2).

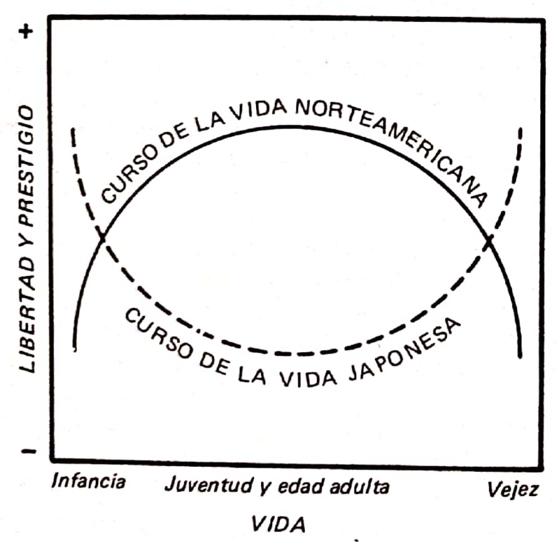


Figura I-2. —Curso de la vida en el norteamericano y en el japonés. (Adaptado y reproducido con la autorización de PALMORE, 1975. Copyright, 1975, Durham, Carolina del Norte, Duke University Press.)

Los estadios de la vida

El envejecimiento es, en ciertos aspectos, un proceso evolutivo gradual. La comprensión de la vida nos llega poco a poco con la experiencia. Las transformaciones físicas son lentas, casi imperceptibles. La fuerza muscular, por ejemplo, sólo decrece por término medio un 10% entre los 30 y los 60 años. Los factores psicológicos evolucionan asimismo de manera gradual: con los años nos tornamos más o menos satisfechos, más o menos rígidos, más o menos adaptados a nuestra condición social y material.

Por otro lado, el envejecimiento puede ser considerado como una serie de estadios que se organizan en torno a ciertas características de orden físico, psicológico, social y material. Las crisis o acontecimientos destacados pueden modificar radicalmente la vida y precipitar el paso de un estadio a otro. La jubilación, por ejemplo, puede obligar a ingresar en un nuevo estadio y a reorganizar la vida, reemplazando el trabajo por distracciones. El matrimonio, el divorcio, el nacimiento de un hijo, la muerte de los padres o de amigos íntimos, así como el comienzo de una enfermedad debilitante pueden también señalar la entrada brusca en lo que cabe considerar como un nuevo estadio de la vida.

Sin embargo, la naturaleza, el momento y el orden de tales estadios dan lugar a vivas controversias entre los teóricos. El gran teórico de los estadios de la vida, Erik ERIKSON (1963), sostiene que aunque, según los sujetos, varía el momento en que comienzan y acaban estos estadios, el orden en el que aparecen sigue siendo el mismo para todos. Según ERIKSON, preocupaciones fundamentales retienen la atención en diferentes instantes de la vida. Otros teóricos, por el contrario, afirman que es inadmisible el concepto de serie ordenada, en razón de las numerosas variaciones individuales (NEUGARTEN, 1977).

En este punto de la exposición conviene precisar la diferencia entre un estadio y un estado. El estadio supone una condición o situación diferente de aquella que la precede o la sigue inmediatamente. Supone igualmente una progresión, una dirección en el seno de un modelo que comporta ciertas previsiones. El estado también es diferente del que le precede o le sigue pero no supone una sucesión ordenada. La enfermedad, por ejemplo, es un estado mientras que la edad madura corresponde suficientemente bien a un estadio. Si es posible retornar a un estado anterior, como cuando se recobra la salud tras una enfermedad, por el contrario los modelos que emplean la noción de estadio imposibilitan, salvo algunas excepciones, el retorno hacia atrás, menos en ciertos casos como el de la regresión en FREUD, que

asimila a un movimiento negativo el retorno hacia un estadio anterior.

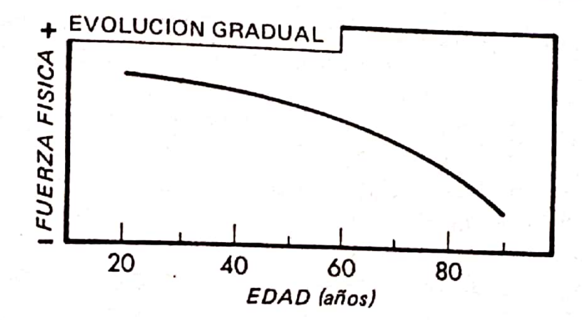
Los modelos evolutivos

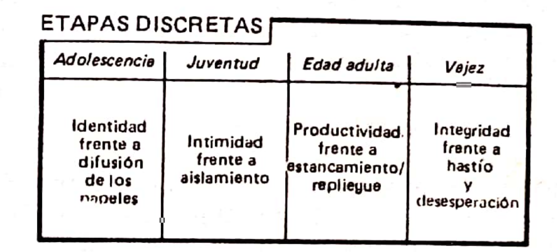
Los modelos evolutivos no son necesariamente simples progresiones lineales en el tiempo. En efecto, algunos individuos presentan variaciones cíclicas; sus capacidades pueden aumentar primero, disminuir después para acrecentarse de nuevo. Tales cambios parecen imputables a diversos factores que se hallan en relación con ciertas causas intrínsecas o con circunstancias particulares del sujeto (ver figura I-3).

Se cambia de un año a otro, pero cabe también cambiar de uno a otro día o de una semana a otra. No es extraño experimentar alternativamente sentimientos de euforia o de depresión en el curso de un mismo año. La depresión que acompaña al invierno y al período de fiestas puede ceder su puesto a la alegría y al sentimiento de renacer a la vida cuando llega la primavera. Dos experiencias típicas, el matrimonio y la educación de los hijos comportan altos y bajos que varían de una hora a otra, de un día a otro, de uno a otro año. Así, el matrimonio puede resultar feliz durante algunos años, atravesar después un período difícil (que provocará sufrimientos), seguido de un período de resolución (acompañado de una cierta satisfacción), después de un período de crisis (retorno de los problemas anteriores) para conocer finalmente un nuevo período de resolución que proporcionará satisfacción y estabilidad.

Aunque sociólogos y psicólogos se centran en sus propios campos, se han elaborado cierto número de teorías del desarrollo con el propósito de integrar los cambios sociales, psicológicos y físicos que acompañan a la maduración en el ser humano; pero la mayor parte de estas teorías no van más allá de la pubertad o de los comienzos de la adolescencia. La teoría del desarrollo que mayor influencia ejerció durante la primera mitad de nuestro siglo, la teoría freudiana, no supera el primer decenio de la vida. Freud mantiene en efecto que la personalidad queda fijada sustancialmente a la edad de 5 años.

Freud se interesó por los cambios de la afectividad y de la personalidad que acompañan a la maduración del individuo. Otros teóricos, como Piaget, se han centrado en los cambios "cognitivos", evolución de los modos de pensamiento, en la aptitud para resolver los problemas y en la percepción. Tenien-





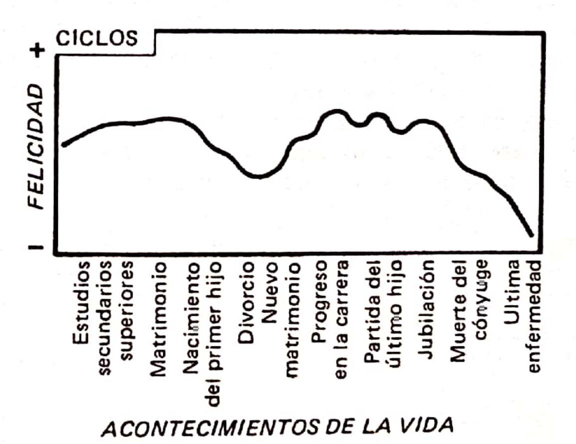


Figura I-3: Algunos modelos hipotéticos de envejecimiento.

do en cuenta que durante el período de escolaridad es cuando la evolución resulta más rápida, los teóricos del conocimiento han limitado en conjunto sus investigaciones al primer decenio de la vida. Sin embargo, ahora se cree que ciertas personas de edad, al aproximarse al final de la vida, regresan a los estadios

iniciales del desarrollo cognitivo. Algunos investigadores europeos (Ajuriaguerra y cols., 1965) han emitido la hipótesis de que en las personas de edad afectadas de demencia senil, la capacidad de conservación estudiada por Piaget se halla en regresión. Hooper y cols. (1971) piensan que ciertos cambios cognitivos ligados a la edad revelan una disminución de la capacidad para resolver los problemas estudiados por Piaget. Recientemente unos investigadores (Lefebvre-Pinard y Pinard, 1982) han emprendido una serie de estudios sobre la metacognición en los adultos, referidos a la forma en que los sujetos perciben y dirigen sus actividades cognitivas. Aunque se advierte un creciente interés por los cambios cognitivos que sobrevienen hacia el final de la vida, es interesante advertir que los años situados entre la terminación de los estudios y el declive de la vida no parecen haber atraído la atención de los investigadores, como si durante ese período no sobreviniera cambio alguno.

Un importante estudio de la vejez ha sido realizado por un teórico de la personalidad, Abraham Maslow (1954). Este autor concibió la idea de una jerarquía de las necesidades, que se manifiestan según un determinado orden. Las necesidades superiores no aparecen hasta que las inferiores han sido satisfechas en una cierta medida y durante un determinado tiempo. La Tabla I-1 presenta esta jerarquía así como la edad aproximada en que se manifiestan diversas apetencias cuando se encuentran satisfechas las necesidades inferiores. Maslow emite la hipótesis de que la adolescencia está caracterizada por una

Tabla I-1. *Jerarquía de las necesidades de MASLOW*

Edad	Necesidades	Descripción
0-2	Supervivencia	Necesidades fisiológicas (aire, agua, alimentación, etc.).
3-5	Seguridad	Comienzo de la capacidad de hacer proyectos, basada en la evitación del dolor.
5-10	Pertenencia y amor	Necesidad de pertenecer y de ser aceptado — fundamento de la socialización adulta.
10-adolescencia	Estima	Necesidad de autoestima y del respeto de los demás.
Vida adulta	Realización de uno mismo	Necesidad de desarrollo, creatividad y explotación del potencial.

intensa necesidad de asegurarse una imagen positiva de uno mismo y el respeto de los demás. En el estadio adulto se hace sentir la necesidad de desarrollo, de creatividad y de máxima realización. Aunque Maslow extiende su teoría más allá de la adolescencia y hasta la madurez, engloba sin embargo los últimos 60 años de la vida de un solo estadio. Si bien menciona algunos rasgos característicos de tal estadio, no precisa si se presentan según un orden específico.

El nombre de Erik Erikson (1963), antes citado, es el primero que evocamos cuando se habla de un enfoque verdaderamente global del desarrollo. Es, en efecto, uno de los pocos teóricos que han abordado la cuestión del conflicto entre el trabajo (éxito en la escuela y en el juego) y los sentimientos de inferioridad. Este estadio es seguido por la adolescencia, período de conflictos de identidad y de confusión moral.

Tabla I-2. *Etapas epigenéticas de ERIKSON*

Período	Crisis	Virtudes
Madurez	Integridad del Yo frente a Desesperación	Renuncia y *Prudencia*
Adulto	Generación frente a Estancamiento	Productividad y *Solicitud*
Adulto joven	Intimidad frente a Aislamiento	Afiliación y *Amor*
Pubertad y Adolescencia	Identidad frente a Confusión	Afecto y *Fidelidad*
Latencia	Industria frente a Inferioridad	Método y *Competencia*
Locomotor Genital	Iniciativa frente a Culpabilidad	Dirección y *Objetivo*
Anal Muscular	Autonomía frente a Vergüenza, duda	Dominio de si y *Voluntad*
Oral Sensorial	Confianza fundamental frente a Desconfianza	Esfuerzo y *Esperanza*

La madurez, que es el objeto de la presente obra, se halla caracterizada por la crisis de la intimidad frente al aislamiento. El joven adulto típico busca una pareja, quiere amar y unirse. Una vez llegado a la intimidad, el adulto entra en un período en donde ocupa una posición central la cuestión de la productividad por oposición al estancamiento. El individuo necesita sentirse productivo, gracias al trabajo o a la procreación; de otra manera tendrá la impresión de estancarse.

Orientaciones teóricas

Con objeto de comprender lo que sucede durante la vejez, algunos teóricos centran su atención en la acumulación de las experiencias en el curso de la vida. Otros consideran preferentemente la actitud de las personas de edad ante los cambios que sobrevienen en el mundo. Estas actitudes, positivas o negativas, son el reflejo de las anteriores experiencias personales. Por ejemplo, una determinada persona que haya militado promoviendo el ser abstemio podrá oponerse a que se reduzca a menos de 18 años el límite de edad para poder consumir legalmente alcohol porque este cambio choca con su experiencia pasada. Por el contrario, otra persona que haya conocido la prohibición y el fracaso a que conduce, podrá declararse en favor de la despenalización de la marihuana. Su actitud corresponde en efecto a su experiencia anterior, la del fracaso de las leyes encaminadas a impedir la fabricación y venta de bebidas alcohólicas.

En el seno de la psicología genética extendida a toda la existencia, el psicólogo Klaus RIEGEL marcó el origen de un nuevo movimiento centrado en el proceso o dialéctica del mismo cambio más que en la descripción de los rasgos diferenciales. La perspectiva dialéctica pone a la luz la influencia de diversos factores de orden social, personal, intelectual e histórico cuya interacción contribuye a la evolución del individuo. RIEGEL y sus discípulos rechazan toda teoría basada en la descripción de situaciones estables, como los "estadios" del desarrollo. La psicología dialéctica insiste en la necesidad de admitir el hecho de que el hombre vive en un *perpetuo* estado de evolución y que, frecuentemente, los cambios son el resultado de las contradicciones inherentes a toda situación (RIEGEL, 1971).

El enfoque dialéctico de RIEGEL corresponde a una larga tradición cuyo origen se remonta a la filosofía griega y a la búsqueda de la verdad con la ayuda del diálogo socrático. Los filósofos modernos, como HEGEL, creen que el cambio se halla enraizado en la lucha de fuerzas opuestas. MARX ha insistido en el papel desempeñado por los hechos "materiales", como los factores económicos, en la determinación del destino humano. Fiel a esta tradición, RIEGEL critica a los teóricos que tratan de describir a las personas según ciertos momentos de su existencia, porque las teorías de este género presuponen que los individuos pueden ser captados en situación de estabilidad. Pero, teniendo en cuenta que la experiencia y el cambio son continuos en una vida, interesa más examinar el proceso evolutivo mismo que demorarse en sus resultados. Es igualmente posible estudiar el contexto histórico que engendra los conflictos generadores de la evolución.

Los estudios dialécticos se hallan todavía en estado embrionario y sólo representan una escasa porción del campo de las investigaciones psicológicas, pero ganan terreno, sobre todo, en estudiosos que se interesan por el desarrollo de la persona en el curso de toda su existencia.

Diferencias entre las generaciones

Algunos lectores recuerdan el primer aparato de televisión de su barrio, otros se acuerdan de los primeros receptores de radio y algunos son incapaces de imaginar un mundo sin televisión en color. Hay quienes se acuerdan del temor que cada verano provocaba la poliomielitis mientras que otros, protegidos por la ingestión de un simple terrón de azúcar, se extrañan del hecho. Estos cambios ilustran lo esencial de lo que llamamos la diferencia entre las cohortes*, que corresponde al hecho de pertenecer a diferentes generaciones y a vivir un momento u otro de la historia.

Se plantea una pregunta interesante: ¿Serán idénticas a las generaciones presentes las futuras cohortes de adultos y de personas de edad, tanto desde el punto de vista psicológico y del comportamiento, como en sus actitudes y experiencias?

Nuestra actual población de ancianos nació y creció en una época en donde la instrucción se hallaba menos difundida que hoy. ¿Cuál será el efecto de la elevación del nivel de instruc-

* *Cohorte:* efecto generacional (*N. del R.*).

ción sobre los futuros ancianos? La educación recibida por las personas de 80 a 90 años fue diferente de la de los padres que tienen hoy 40 ó 50 y ésta difiere a su vez de la que recibirá la generación de los adolescentes una vez que tengan hijos. ¿Cuáles serán la naturaleza y la amplitud de estas diferencias? Resulta importante tratar de comprender que la descripción del envejecimiento se basa en fenómenos transitorios ligados a la diferencia de las generaciones y de los entornos.

Perspectivas de futuro

Las transformaciones futuras corresponden al campo de la especulación, pero el éxito de algunas recientes realizaciones demuestra que pueden ser mejoradas las condiciones actuales. Señalemos entre otros la mejora en los programas de tiempo libre recientemente introducidos en los centros para personas de edad, el acceso a actividades en talleres comunitarios, cada vez más numerosos, así como la iniciación de programas de educación permanente para las personas de edad.

Al envejecer, nuestro comportamiento habitual influye sobre nuestra salud: fumar, por ejemplo, puede tener un efecto nefasto mientras que el ejercicio puede ser beneficioso. Si la cohorte actual de las personas de edad (todas las que tienen aproximadamente la misma edad al mismo tiempo) prefiere los ocios pasivos al ejercicio, los grupos más jóvenes, una vez que hayan envejecido, sabrán quizá aprovechar su tiempo libre para entregarse a actividades físicas que, aparentemente, tienen saludables efectos.

Subsisten, sin embargo, interrogantes. ¿Seguirán haciendo ejercicio en el futuro los jóvenes de hoy? Y si lo hacen: ¿cuáles serán los efectos sobre su salud? Aunque estos efectos deben ser beneficiosos para la salud física y mental de los futuros ancianos, existe la posibilidad de que surjan otras dificultades. La tensión y la ansiedad, por ejemplo, consecuencia de una vida activa, pueden engendrar problemas médicos como las perturbaciones cardiovasculares. Se advierte, pues, que un factor tan simple como el de los cambios físicos se halla intrínsecamente ligado a las condiciones sociales y materiales.

Una intervención apropiada en el curso de los últimos años resulta, sin embargo, no sólo posible sino probable y no puede dejar de ser beneficiosa. Por ejemplo, la mejora de los servicios de sanidad y el establecimiento de visitas domiciliarias de en-

fermeras y de servicios de mantenimiento podrán contribuir a elevar la condición física y la salud global de las personas de edad. Finalmente debería ser posible atajar, mediante una alimentación apropiada, la senilidad causada por la nutrición deficiente, aliviar la soledad y el aislamiento gracias a los servicios de mantenimiento a domicilio, prever programas educativos destinados a calmar los temores que suscita la menopausia, reducir el número de las crisis cardíacas fatales gracias a un régimen de ejercicios adecuados y así sucesivamente, utilizando en su plenitud los recursos que nos proporcionan nuestra sociedad y nuestro entorno.

CAPITULO II

EL ENVEJECIMIENTO FISICO

Millones de personas acuden cada año a los balnearios y a los institutos de belleza con la esperanza de borrar los signos del envejecimiento físico. Allí se someten a curas de todo género, baños de agua salada, fuentes termales, emplastos de lodo, regímenes especiales y adquieren numerosos productos de belleza. Se trata de una antigua tradición que se remonta muy lejos en la Historia, porque los hombres han buscado siempre la "fuente de la eterna juventud" que les permitiera" reparar de los años el irreparable ultraje".

En este capítulo presentaremos las diferentes teorías del envejecimiento y describiremos los cambios físicos que lo caracterizan, así como sus efectos sobre la vida cotidiana. Aunque sean de naturaleza biológica, tales cambios tienen a menudo profundas repercusiones en el plano psicológico y nuestro comportamiento puede incidir en el proceso del envejecimiento físico, de la misma manera que sobre la calidad de nuestra vida pueden influir las consecuencias sociopsicológicas de las transformaciones relacionadas con la edad.

Las teorías del envejecimiento físico

¿Por qué estamos abocados a morir en vez de a vivir eternamente? La respuesta a esta pregunta no es ni sencilla ni evidente y los científicos no se han puesto de acuerdo respecto a las

causas de la maduración física; de ahí la diversidad de teorías que tratan de explicarla. Resulta probablemente ilusorio confiar en que algún día se encuentre una única respuesta a esta pregunta, porque nos enfrentamos sin duda con la interacción simultánea de múltiples procesos más que con la presencia de un factor único y determinante.

Fueron cuatro las teorías sobre las "causas del envejecimiento" presentadas y comparadas en el Congreso de la *American Association for the Advancement of Science* celebrado en 1974. Tales causas serían: 1) el disfuncionamiento del sistema inmunológico; 2) unos mecanismos de envejecimiento inherentes a la célula; 3) las alteraciones del sistema endocrino y 4) unos desencadenantes genéticos. Además de estas teorías referentes a la maduración física, nosotros presentaremos otras dos: 5) la teoría del desgaste y 6) la teoría de los desechos.

Lejos de ser exhaustiva, esta lista engloba, sin embargo, los principales modelos actuales del envejecimiento físico. Algunos adeptos de estos modelos creen poder hallar el secreto de la prolongación de la vida en el fondo de una probeta más que en el estudio de las influencias socioambientales a las que estamos sometidos. Pero la mayoría de los gerontólogos no se contentan con una solución tan simple y creen que el envejecimiento se encuentra asociado al tipo de entorno en el que vivimos (por ejemplo, atmósfera contaminada o no contaminada), así como a nuestra manera de vivir (por ejemplo, la calidad y la cantidad de alimentos que ingerimos, la presencia o la ausencia de ejercicio en nuestra vida). Comenzaremos, pues, por presentar estos seis modelos o teorías.

La teoría del debilitamiento del sistema inmunológico

Según esta primera teoría, nuestro sistema inmunológico destruye ciertas partes sanas de nuestro cuerpo: "El sistema de defensa del cuerpo parece volverse contra sí mismo y atacar algunas de sus partes, como si fueran invasores extranjeros. Puesto que es probable que con el tiempo aparezca un cierto material imperfecto y que sea tratado como una amenaza, aumenta en consecuencia el peligro para los tejidos normales"* (EISDORFER, 1971).

* La traducción es del autor.

Con el tiempo el sistema inmunológico se vuelve además menos eficaz en su lucha contra la enfermedad; las personas de edad, en las que disminuyen los mecanismos corporales de defensa, pueden, pues, sucumbir más fácilmente a las enfermedades. Por añadidura, cabe que el sistema de defensa ya no sepa distinguir entre las partes sanas del organismo y los invasores, y que se enfrente a las partes sanas como si fueran aquéllos. Aunque este debilitamiento del sistema inmunológico puede explicar ciertas enfermedades fatales y algunas formas de degeneración, no cabe admitir que lo justifique todo. Esta teoría aporta pues sólo una respuesta parcial al proceso del envejecimiento.

Las teorías del envejecimiento celular

La mayor parte de las teorías celulares se interesan por la pérdida de información que sufren las células del cuerpo en el nivel de la molécula de ADN (ácido desoxirribonucleico). Estas teorías pretenden que el envejecimiento es resultado de la muerte de un creciente número de células del cuerpo. Como el ADN es responsable de ciertos procesos del metabolismo y de la reproducción de las células, toda pérdida de información o toda codificación deficiente de las células determinada por un defecto de la molécula de ADN puede provocar la muerte de las células. La investigación ha demostrado que las células, a las que se creía capaces de dividirse hasta el infinito (es decir, de reproducirse), en realidad sólo pueden sufrir un determinado número de divisiones. Este límite se halla "programado" en su bagaje genético. El número varía probablemente de una célula a otra y de una a otra persona, pero la media se sitúa en torno a las 50 reproducciones en los seres humanos, mientras que resulta superior en los organismos de larga esperanza de vida (por ejemplo, las tortugas) e inferior en los organismos de corta esperanza de vida (por ejemplo, las gallinas) (HAYFLICK, 1976).

Los programas de funcionamiento del ADN no son las únicas causas de la muerte celular. La acumulación de desechos en las células y la reducción de la tasa de oxidación celular provocan igualmente una pérdida de función y la muerte celular. Existe, pues, una superposición entre la teoría celular del envejecimiento y la de la acumulación de desechos, sobre la que volveremos después. Una y otra sufren los efectos nefastos de la incapacidad de las células para desembarazarse de sus desechos. Cuanto más se acumulan éstos en la célula, más se acentúa el proceso de degradación. Por lo demás, tales cambios celulares son fácilmente apreciados a medida que se envejece. Sin embargo, no es seguro que estas modificaciones sean las causas determinantes del envejecimiento: podría suceder que sólo fueran el *resultado* de otros procesos físicos asociados con él.

Las teorías de las modificaciones del sistema endocrino

Una de las transformaciones más evidentes y mejor documentadas que modifican el organismo que envejece consiste en el debilitamiento de los ovarios los cuales, tras la menopausia, dejan de producir estrógeno. Numerosos investigadores consideran esta transformación y las demás modificaciones del sistema endocrino como una de las principales causas que contribuyen al envejecimiento (por ejemplo, FINCH y HAYFLICK, 1977). Según esta teoría, el envejecimiento podría ser resultado de una modificación de la producción o de la liberación de los cuerpos químicos en el organismo.

Una vez más, resulta difícil precisar si las modificaciones endocrinas son la causa o el efecto del envejecimiento. La dificultad aumenta aún más desde que algunas recientes investigaciones han demostrado que la estimulación bioquímica apropiada de una región del hipotálamo en una rata hembra podía provocar unas reacciones endocrinas capaces de desencadenar la ovulación tras su suspensión normal por causa del envejecimiento (FINCH, 1977). En este campo la investigación no ha hecho más que empezar: los científicos centran sus nuevos estudios en los efectos de las glándulas endocrinas sobre el metabolismo de los neurotransmisores, como las catecolaminas (sustancias que facilitan la transmisión de los impulsos neurales).

Las teorías genéticas

El lector habrá comprendido, sin duda, que todas estas teorías son interdependientes. La teoría genética se basa en el hecho bien demostrado de que los animales procedentes de ciertos troncos genéticos viven más que otros. Se sabe también que, en los seres humanos, la edad a la que fallecieron los padres y los abuelos, sin considerar las muertes accidentales, constituye un índice de la esperanza de vida de los descendientes. Por estas razones, los teóricos de la genética creen que para

comprender el envejecimiento es preciso entender el "código" genético que determina nuestra longevidad. Pero en los seres humanos resulta difícil, si no imposible, distinguir entre los factores genéticos y el estilo de vida o incluso los factores como el régimen o el entorno. En efecto, los padres y los hijos no sólo tienen genes semejantes sino que también presentan una misma tendencia a nutrirse de la misma manera, a vivir en ambientes comparables y a adoptar los mismos hábitos sanitarios.

La teoría del desgaste

Frecuentemente asociada al nombre de Hans SELYE, esta teoría señala que las partes del cuerpo acaban sencillamente por gastarse. Sin embargo, la actividad y los ejercicios físicos pueden influir en la salud y en la longevidad puesto que ejercen un efecto sobre la duración de las partes del cuerpo. SELYE (1974) ha hablado de actividades negativas y positivas, pero el carácter positivo o negativo de una determinada actividad podría depender de la forma en que es percibida más que de su propia naturaleza. El esquí náutico, por ejemplo, exige indudablemente un esfuerzo físico más considerable que la redacción de un informe cuya fecha de entrega se aproxima rápidamente. Sin embargo, su efecto puede ser muy diferente. Así pues, si el esquí náutico es percibido como un "ejercicio" y la redacción como un *"stress"*, el primero tendrá quizá un efecto beneficioso mientras que existe el riesgo de que la redacción del informe tenga una incidencia negativa sobre la salud y la longevidad. La misma "relajación" puede tornarse angustiosa. Todo reside en la manera de percibir la actividad.

La teoría de los desechos

La vida supone la producción de desechos y su eliminación por unos procesos normales. Algunos teóricos creen que la vejez viene acompañada de una disminución de la capacidad de eliminación, seguida de una acumulación de desechos que perjudican no sólo la actividad celular normal, sino el mismo proceso de purificación. Según esta teoría, el funcionamiento normal quedaría debilitado por la acumulación de subproductos inútiles emanados de nuestras propias funciones corporales.

Las posibles modificaciones del proceso de envejecimiento

Las soluciones propuestas para reducir el ritmo del proceso de envejecimiento y "prolongar la juventud" dependen de las causas a las que se atribuye el fenómeno del envejecimiento y de la orientación teórica que de ahí se deduce. Alex COMFORT (1970) enumera ocho categorías de agentes susceptibles de modificar el envejecimiento. Son éstas:

1.— Antioxidantes que, al retirar del cuerpo los radicales libres químicos, impedirían la descomposición molecular.
2.— Productos químicos que, al obstaculizar las radiaciones de fondo, podrían reducir el deterioro causado por la edad.
3.— Inhibidores de la síntesis de las proteínas.
4.— Estabilizadores de lisozimas que evitarían la pérdida de enzimas vitales.
5.— Inmunosupresores que pueden alterar la respuesta autoinmunizadora contra las partes sanas del cuerpo.
6.— Productos químicos que podrían *entorpecer* los enlaces celulares cruzados.
7.— Agentes hormonales.
8.— Agentes antimetabólicos capaces de detener ciertas evoluciones metabólicas nefastas.

En un artículo posterior, COMFORT (1972) se detiene en el hecho de que podría prolongarse la vida entre 10 y 20 años mediante la aplicación de técnicas ya reconocidas como eficaces con los animales de laboratorio. Aceptando que el hombre pueda beneficiarse de estos 10 ó 20 años de vida suplementaria, la prolongación de la vida suscitaría inevitablemente diversos problemas:

1.— *La superpoblación.* Vivir más tiempo es también ocupar una parte del espacio terrestre. Pero el mundo se halla quizá suficientemente superpoblado en el momento actual.
2.— *El aumento del número de personas dependientes.* ¿Quién se cuidaría del excedente de personas de edad?
3.— *Problemas de distribución, de costes y de ética, concernientes a la elección de los seres que se beneficiarían de una prórroga y de los que deberían morir antes.* ¿A quién otorgaremos esa ventaja si no es posible que todos podamos vivir hasta ser más viejos?
4.— *Un dilema.* Para evitar la superpoblación, sería preciso optar entre tener hijos o vivir más tiempo. En efecto, el medio de evitar la superpoblación consiste en limitar los nacimientos.
5.— *La última cuestión* consiste en saber si no se haría más que añadir años a la vida cuando sería preciso añadir más vida a los últimos años de la existencia. Porque "vivir más tiempo" no es necesariamente sinónimo de vivir "mejor".

Como decía EISDORFER (1971) la cuestión no consiste en tratar de prolongar la existencia, sino los años más productivos de la vida humana.

Raros son entre nosotros quienes aceptarían ser conectados a un aparato destinado al mantenimiento automático de la vida

en un estado indefinido de inconsciencia. E incluso si no sentimos ningún deseo de volver a tener 16 años, los científicos buscan los medios de devolver a las personas de más edad la capacidad de reaccionar, de experimentar, de moverse y de recuperar sus fuerzas como jóvenes. Añadir años a la existencia, aunque esto pueda parecer apasionante, no es en el fondo más que un asunto de cifras y se corre el riesgo de olvidar las medidas precisas para mejorar la calidad de la vida que nos ha sido dada.

Los cambios físicos típicos de la vejez

Al envejecer, comprobamos y sentimos que en nosotros y en quienes nos rodean se producen ciertos cambios, aunque nadie envejezca exactamente de la misma manera y sean considerables las variaciones de un sujeto a otro. Vamos ahora a analizar las transformaciones físicas que sobrevienen en el curso del envejecimiento, bien sea en la apariencia, en la estructura o en el funcionamiento del cuerpo. Los datos que siguen proceden en su mayoría de estudios transversales (véase el Apéndice), es decir, de observaciones obtenidas de personas de diferentes edades examinadas en el mismo momento. En manera alguna existe acuerdo sobre la forma en que se aplican a los casos individuales las diferencias así apreciadas. Por eso, resultaría útil efectuar estudios longitudinales referidos a rasgos en vías de evolución. Señalemos además que, en el futuro, las diferencias entre las cohortes podrán, o bien disminuir gracias a la mejora de las atenciones médicas, o bien aumentar con los efectos perniciosos de la polución y de otros subproductos de nuestra civilización industrial.

Los cambios de apariencia

Nuestra apariencia varía al envejecer. El cambio se produce lentamente y no puede ser percibido con facilidad más que si se comparan fotos tomadas en diversas épocas de la vida. Los principales cambios superficiales se hallan ligados a las variaciones estructurales subyacentes. Aquí nos contentaremos con indicar las modificaciones, sin realizar un análisis estructural detallado porque ésta será tarea de la próxima sección.

Modificaciones del sistema piloso. Los cambios del sistema piloso afectan a la distribución, el color, el espesor y la fuerza

del vello y de los cabellos. Los hombres se ven afectados por la calvicie con mayor frecuencia que las mujeres, pero también éstas pueden quedarse calvas. Hombres y mujeres comprueban en ocasiones la aparición de vello en ciertos lugares de su cuerpo. En las mujeres puede suceder quizá en las piernas, el mentón y el labio superior; en los hombres en las orejas y en las fosas nasales. Al envejecer, los varones se afeitan con menor frecuencia. La mayoría de las personas advierten un cambio en el color de sus cabellos, que se tornan progresivamente grises o blancos. Los cabellos pueden también cambiar de apariencia y se hacen menos espesos, menos fuertes o poseen menos cuerpo.

Los cambios de estatura. En lugar de referirnos a "viejecitos", se debería hablar más de "viejos que empequeñecen". La vejez llega en efecto acompañada de una disminución de la talla. Los huesos se tornan más porosos (osteoporosis), se acentúa la curva natural de la columna vertebral (cifosis) y la cavidad torácica disminuye de volumen mientras que las costillas se desplazan hacia abajo y hacia adelante. El repliegue del cuerpo sobre sí mismo reduce la talla, altera radicalmente la apariencia y estorba la movilidad. La talla comienza a disminuir entre los 30 y 40 años. Sin embargo, las diferencias de altura que se aprecian hoy entre los jóvenes y las personas de edad son debidas a un fenómeno distinto, el del incremento progresivo de la talla individual con cada generación.

Los cambios estructurales

Al aumentar la edad, el cuerpo experimenta unas transformaciones en su estructura metabólica y celular así como en la distribución de sus diversos elementos. Por ejemplo, en el nivel de las células y de los tejidos, existe una pérdida de ciertos componentes como el ADN y un aumento de los tejidos grasos y fibrosos a expensas de los tejidos delgados. Las causas de estos cambios son poco conocidas, porque los trabajos de que se dispone son esencialmente de naturaleza descriptiva y correlacional. Aunque se sepa que tales cambios están ligados al régimen alimenticio, al entorno y al ejercicio, los investigadores no han logrado aún descubrir sus causas. Resta el hecho de que a partir de los 30 años quienes no modifican su régimen alimenticio y no hacen más ejercicio que antes empiezan a acumular grasa, que se concentrará sobre todo en torno a la cintura.

Con la edad, el cuerpo sufre cuatro modificaciones principales en su composición global; éstas poseen importantes implicaciones para el régimen alimenticio y la medicación. De los 20 a los 80 años la masa magra del cuerpo disminuye en un 17%. De los 20 a los 70 años la proporción de grasa aumenta en un 35%. Entre los 20 y los 80 la cantidad total de agua en el cuerpo disminuye en un 17% mientras que el volumen plasmático aumenta en un 80%.

Estas transformaciones tienen repercusiones en la dispersión de las sustancias en el cuerpo; de éstas la más importante concierne a su distribución. Así el alcohol se dispersa menos que antes mientras que, por el contrario, el Valium se distribuye en una superficie mayor, lo que influye necesariamente sobre el efecto así como sobre la duración de absorción de las sustancias. Estas diversas modificaciones se engloban bajo el término "farmacocinesis". Hay relaciones importantes entre la edad y el efecto producido por ciertos agentes terapéuticos corrientemente empleados por las personas de edad. Por ejemplo, el tiempo requerido para eliminar la mitad de un medicamento como la Digoxina y el Valium es considerablemente mayor en las personas de edad. Esto quiere decir que se requiere mucho más tiempo para que el efecto producido por el medicamento pase del máximo a la mitad. Las sustancias permanecen, en consecuencia, más tiempo en el cuerpo, lo que tiene como resultado que su absorción siga haciendo aumentar su concentración en el organismo.

Algunas sustancias resultan eliminadas del sistema sanguíneo gracias a la acción metabólica del hígado, mientras que otras lo son por las funciones renales. Pero entre los 20 y los 80 años los riñones y el hígado pierden el 35% de su eficacia, lo que tiene una incidencia importante en el efecto de ciertos medicamentos cuando son administrados a las personas de edad.

Los cambios celulares. El estudio de los cambios celulares consiste en analizar el ciclo y la división celular, la longevidad de las células y la relaciones de los cambios celulares con el envejecimiento biológico. Este tema es de tal complejidad que nos limitaremos a resumirlo. Quien desee ampliarlo puede leer los tres capítulos en el *Handbook of the Biology of Aging* (BRODY y VIJAYASHANKAR, 1977) dedicados a esta cuestión.

Se denomina *ciclo celular* a la serie de acontecimientos que se producen entre la mitosis de una célula (la división de una célula en dos nuevos núcleos) y la mitosis de la nueva célula procedente de la división inicial. Este ciclo presenta variaciones tanto en su duración como en la de las diversas transformaciones bioquímicas que lo constituyen. Estas variaciones distinguen no sólo a las especies sino también a los diferentes órganos del cuerpo en el seno de la misma especie y a la edad de los sujetos. BAZERGA (1977) cita investigaciones que demuestran un incremento de la duración del ciclo celular en función de la edad. Y numerosas investigaciones biológicas consagradas a la longevidad celular parecen indicar que existiría una acumulación de los errores sobrevenidos en el curso de la reproducción a la que se añade una reducción de la capacidad de restauración (HAYFLICK, 1975*a*, 1975*b*, 1976, 1977).

*Las modificaciones del sistema de los tejidos orgánicos.** En el plano estructural, la aparición de las arrugas en la piel está ligada a ciertas modificaciones de los tejidos grasos subcutáneos así como a una pérdida de la elasticidad. Esta última está asociada al aumento de las proteínas fibrosas, la lipofuscina y el colágeno. Pero la mayoría de los autores señalan que el estado actual de nuestros conocimientos no nos permite saber si la lipofuscina y el colágeno son la causa o el efecto del envejecimiento o bien el resultado de lesiones y de enfermedades diversas cuya frecuencia aumenta con la edad (BRODY y VIJAYASHANKAR, 1977). Al margen de la aparición de las arrugas y de la pérdida de elasticidad de la piel, se advierte una hipertrofia de las células de pigmentación del sistema histológico, especialmente en las partes no protegidas de la epidermis, que producen manchas coloreadas llamadas *Lentigo senilis*. La causa de esta hipertrofia es aún desconocida, pero parece que está ligada a las transformaciones de la piel debidas a la edad. Finalmente las glándulas sudoríparas y sebáceas se atrofian, lo que proporciona a la piel su apariencia reseca y obstaculiza el proceso normal de sudación, de suerte que se ve disminuída la tolerancia al calor.

El aumento de la lipofuscina y de los diversos elementos asociados al envejecimiento, tiene lugar no sólo en la piel sino en el nivel de otros tejidos, en especial los del sistema nervioso central. Como en el caso de las arrugas, se ignora aún si se trata de una causa o de un efecto; por el contrario, se sabe que el teji-

* Sistema histológico. *(N. del T.)*

do nervioso no puede reproducirse y que una vez dañado está perdido para siempre. Ciertos estudios tienden a demostrar que el aumento de la lipofuscina y del colágeno en los tejidos nerviosos provoca una disminución de su funcionamiento, quizá su pérdida total.

Las modificaciones de los huesos. Con la edad, no cambia tanto la proporción de los diversos componentes de los huesos como la de las materias sólidas con relación a las porosas. Es decir, que los huesos conservan generalmente su forma, pero se tornan menos sólidos. La osteoporosis se halla estrechamente asociada al envejecimiento. Cuando la osteoporosis ha alcanzado un estadio avanzado, ciertos traumatismos ligeros como los estornudos pueden provocar lesiones benignas de los tejidos óseos, muy especialmente los de la columna vertebral. De hecho, las fracturas de cadera o de la pierna en las personas de edad pueden ser la causa, más que el resultado de una caída; dicho de otra manera, lo que sucede es que la persona se parte la cadera y se cae, más que a la inversa.

Los cambios funcionales y el envejecimiento

Los cambios bioquímicos o metabólicos celulares a los que acabamos de referirnos, no despiertan un interés apasionado. Para muchos es posible que la apariencia no llegue a tener siquiera una importancia secundaria. En efecto, lo que cuenta ante todo es el buen funcionamiento de los órganos y de los miembros.

En cuanto a las pérdidas de funciones, la cuestión consiste entonces en saber en qué media afectarán éstas en la vida cotidiana de las personas y qué remedios pueden aportarse. Abordaremos ahora los siguientes aspectos: los sentidos, la motricidad, la digestión, la eliminación y el sueño, con exclusión de ciertas funciones importantes, como la cognición y la sexualidad, puesto que volveremos a éstas en otro capítulo.

La alteración de las funciones sensoriales y el envejecimiento. Las funciones sensoriales no se limitan a los cinco sentidos tradicionalmente reconocidos, la vista, el oído, el gusto, el tacto y el olfato. Comprenden también la posición cinestésica del cuerpo, el equilibrio, el movimiento y las sensaciones internas. Pero las exposiciones referentes a las modificaciones sensoria-

les otorgan el primer puesto a la vista y al oído porque éstos se deterioran con la edad hasta el punto de modificar las relaciones interpersonales y el ritmo de la vida cotidiana.

Las alteraciones de la vista. Con el envejecimiento, la córnea del ojo pierde una parte de su elasticidad y de sus capacidades de enfoque. Conocida bajo el nombre de presbiopía, esta anomalía se desarrolla con la edad. Los ojos pierden gradualmente su capacidad de localizar los objetos muy próximos o muy alejados, lo que obliga a usar gafas bifocales. La mayoría de las personas llevan consiguientemente cristales correctores a partir de la cuarentena y con objeto de paliar diversos problemas de visión (ver fig. II-1).

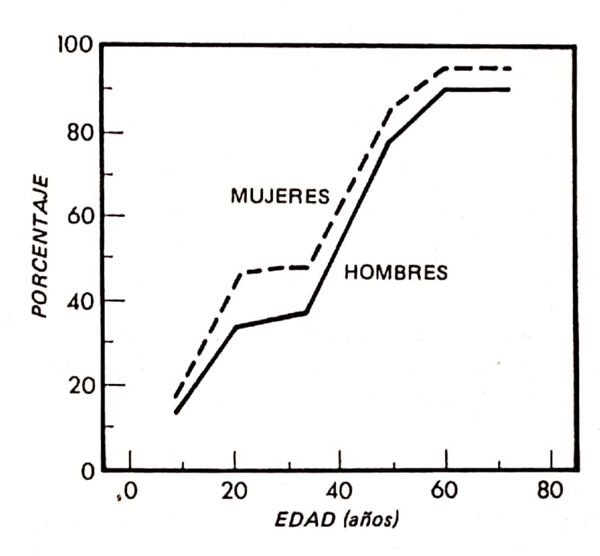


Figura II-1: Empleo de cristales correctores según la edad y el sexo (Fuente: NCHS, 1974).

En general, cabe decir que la mayoría de las dificultades oculares han sido detectadas y corregidas a partir de los 20 años. La visión se estabiliza después entre los 25 y los 44 años, período en el que sólo sobrevienen algunos cambios. A los 40 años, más de la mitad de la población lleva gafas, siendo en cualquier edad ligeramente más elevado el porcentaje de muje-

res que de hombres. A los 60 años 9 de cada 10 personas llevan cristales correctores *(National Center for Health Statistics,* 1974).

La frecuencia de las cataratas aumenta con la edad. Esta afección es causada por el amarilleamiento o la decoloración de la córnea que reduce proporcionalmente la cantidad de luz que alcanza la parte sensible de la retina, falsea los colores y torna más difícil la visión y la percepción precisa de los objetos.

Las alteraciones del oído. La pérdida de audición se manifiesta con la edad y las causas son múltiples. La tasa de incidencia resulta más elevada en los hombres que en las mujeres, cualquiera que sea su edad: por ejemplo, el 45% de los hombres y el 35% de las mujeres de más de 75 años experimentan dificultades para oír. Estas perturbaciones son debidas, en la mayoría de los casos, a la infección y a la enfermedad. Pero el empleo de las vacunas, para luchar contra diversas enfermedades infantiles, y de los antibióticos, para combatir las infecciones, ha reducido ciertamente de manera significativa la tasa de incidencia de los problemas auditivos engendrados por la enfermedad entre las cohortes más jóvenes (*Statistical Bulletin,* 1976).

La exposición continuada a sonidos intensos provoca la pérdida permanente del oído. Las fuentes de ruido se clasifican en dos categorías: fuentes voluntarias e involuntarias. En general, los ruidos industriales se clasifican entre las fuentes involuntarias, porque la mayoría de las industrias en donde el ruido amenazaba el oído de sus empleados han implantado técnicas de reducción sonora. Los ruidos producidos por el entorno, como los que proceden de la circulación rodada, se sitúan a medio camino entre los ruidos voluntarios y los involuntarios. Resulta sin embargo extraño comprobar que la incidencia de la pérdida auditiva es inferior en ambiente urbano, en donde el nivel de ruido supera con mucho al del ambiente rural (*Statistical Bulletin,* 1976). Como ejemplo de una exposición puramente voluntaria al ruido, citemos la manera en que los jóvenes escuchan música muy amplificada. Este fenómeno es, por lo demás, una de las causas significativas de la pérdida del oído entre los jóvenes.

La mayoría de las pérdidas son selectivas más que absolutas y totales. El umbral de audición de sonidos de alta frecuencia (sonidos agudos) resulta, por añadidura, más afectado que el de los sonidos de baja frecuencia (sonidos graves). La figura II-2

presenta la pérdida según las frecuencias en función de la edad de los sujetos.

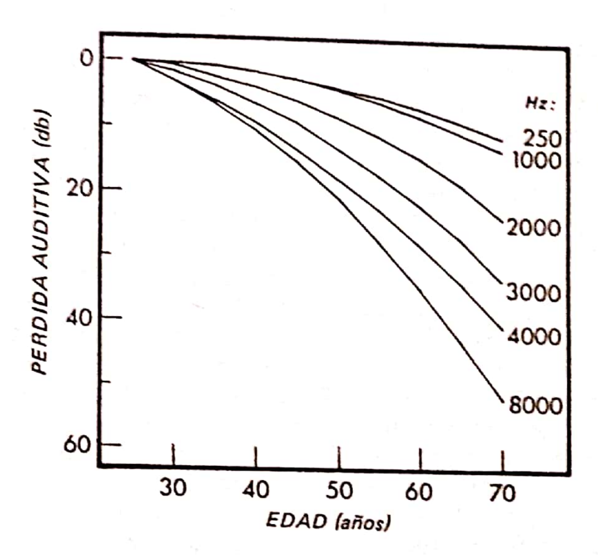


Figura II-2: Pérdida auditiva de los hombres en función de la edad (Adaptado y reproducido con la autorización de SPOOR, *International Audiology,* 1967, 6, 48-57).

La pérdida de las altas frecuencias tiene consecuencias prácticas significativas porque modifica la percepción de la voz. Siendo más elevada la altura de las consonantes que la de las vocales, se ven deformados la cadencia y el fluir normal de la expresión y cabe entonces confundir las palabras. La pérdida de la capacidad para percibir las altas frecuencias se denomina *presbiacusia;* el número de casos aumenta con la edad.

Las alteraciones de la motricidad fina y global. La motricidad se halla estrechamente ligada a las capacidades sensoriales. Quien aprecia mal un objeto, experimentará dificultades para manejarlo y ello al margen de toda perturbación en los órganos motores. La motricidad puede verse afectada a consecuencia de un declive de la fuerza muscular, del incremento de los tejidos grasos con relación a los tejidos delgados, de la osteoartritis y de otros procesos físicos deficientes. Experimenta también

la influencia de las modificaciones que se operan en el metabolismo basal, la capacidad torácica vital y el buen funcionamiento del sistema cardiovascular.

A medida que se envejece, los movimientos motores globales se tornan más lentos, los músculos se fatigan más rápidamente y se recuperan de una tensión con mayor lentitud. Los movimientos de motricidad fina se vuelven también más lentos y menos precisos por razones idénticas. Se cree, sin embargo, que cabe invertir, retrasar y hasta un cierto punto evitar tales cambios gracias a un régimen y a unos ejercicios apropiados. Un estudio realizado sobre 112 hombres de edades comprendidas entre los 52 y los 87 años permitió apreciar que el programa de ejercicios que habían seguido mejoró su forma física en muchos aspectos (DE VRIES, 1970). Se observó especialmente una reducción del porcentaje de grasas en el cuerpo, un aumento de la capacidad de trabajo manual y una mejora de la presión sanguínea sistólica y diastólica. El descubrimiento más significativo de este estudio se refiere a la circulación del oxígeno; la pulsación de O_2 mejoró en un 29,4%, la "ventilación por minuto" en un 35,2% y la capacidad vital en un 12,6% (DE VRIES, 1970). El autor de este programa de ejercicios llegó a la conclusión de que dicho régimen es a la vez eficaz e inofensivo para la población normal de los hombres de edad a condición de que sea aplicado bajo observación médica y fisiológica.

Las modificaciones de los sistemas pulmonar y cardiovascular. El envejecimiento viene, por lo general, acompañado de una disminución de la capacidad y de la eficacia de los pulmones y del sistema cardiovascular. Los efectos de la osteoporosis y la modificación de los tejidos musculares reducen la capacidad torácica, disminuyendo así el volumen de aire que puede ser absorbido; el declive de la fuerza muscular tiene también efectos negativos sobre la capacidad de respirar. Aparecen asimismo modificaciones en el nivel de las paredes alveolares y de los alvéolos, provocando una pérdida de su elasticidad y de su permeabilidad, con lo que se reduce de esta forma la tasa de penetración del oxígeno en la sangre. Finalmente, ciertas enfermedades crónicas, como el enfisema y algunas formas de bronquitis sobrevienen con mayor frecuencia con la edad y contribuyen a los problemas respiratorios.

El corazón, las arterias, las venas y los vasos capilares se de-

generan también con la edad. Disminuye la capacidad máxima del corazón y el número total de latidos. Los vasos sanguíneos, y en especial las arterias, pierden su elasticidad y ofrecen el peligro de quedar parcialmente bloqueados por la aterosclerosis* causada por la formación de plaquetas. La reducción de la elasticidad y la aterosclerosis determinan que el diámetro de los conductos (lumen) se contraiga, lo que provoca un aumento de la presión (hipertensión). Finalmente otros procesos patológicos contribuyen también a la pérdida de eficacia del conjunto del sistema cardiovascular.

Los cambios en la nutrición, la digestión y la eliminación. Las necesidades de la nutrición se modifican con el tiempo al igual que sucede con las funciones de ingestión/excreción. Por obra de la disminución de las actividades y de los ejercicios físicos, el cuerpo necesita menos alimentación para mantenerse en un peso conveniente. Como la mayoría de las personas no modifican sus hábitos alimenticios al envejecer, la maduración en nuestra cultura viene por lo común acompañada de un incremento del peso; pero, sin embargo, tras los 45 años o al comienzo de la cincuentena se produce una disminución.

Es interesante advertir que el peso medio de todos los grupos de edad aumentó de 1960 a 1974 con apenas una excepción que se explica en parte por el incremento de la talla de los grupos de jóvenes de 1974 (*Statistical Bulletin*, 1977).

Las necesidades nutricias cambian lentamente y las exigencias de calorías, lípidos, proteínas, minerales y vitaminas se modifican muy poco si es que llegan a alterarse. Conviene sin embargo señalar que el último estudio efectuado por la *"Society of Actuaries"* sobre la norma de pesos (que están asociados a las tasas de mortalidad más bajas) proviene de 1959 y que los datos pueden haber cambiado en el intervalo de 20 años. La insuficiencia de peso se halla asociada a un aumento de la incidencia de déficit vitamínicos y minerales, entre otros, así como a un aumento de la incidencia de las disfunciones y de las enfermedades; el exceso de peso se asocia a una sobrecarga de esfuerzos por parte del sistema cardiovascular/pulmonar y relacionado con diversas enfermedades y con el mal funcionamien-

* Es la forma más común de la arterioesclerosis, caracterizada anatómicamente por el depósito de materia lipoide en la túnica íntima. *(N. del T.)*

to engendrado por este *stress* suplementario. Es evidente que el mejor medio de evitar los desórdenes funcionales en la vejez consiste en conservar un peso conveniente. Pero a ciertas personas de edad les resulta difícil mantenerse en este peso ideal. Las carencias alimenticias que se aprecian en ellas están asociadas a ciertos factores físicos así como a diversos factores sociales y emotivos como la depresión, las dificultades económicas (ciertos alimentos cuestan demasiado caros) y el esfuerzo necesario para preparar una comida equilibrada con destino a una sola persona. En los párrafos siguientes nos referiremos a los factores fisiológicos que provocan una disminución o una alteración de la ración alimenticia (cantidad de alimentos ingeridos), las alteraciones de la absorción o de la digestión, los efectos secundarios de medicamentos empleados para curar otras enfermedades, así como la pérdida del gusto y del olfato.

Disminución y modificación de la ración alimenticia. La pérdida del apetito como consecuencia de una depresión altera la calidad del régimen alimenticio entre las personas de edad. El precio de los alimentos, la dificultad de obtenerlos y de prepararlos son otros tantos factores que influyen sobre la calidad de este régimen. A menudo, los alimentos ricos en vitamina C cuestan demasiado caros, a excepción de las patatas, que resultan más asequibles pero hacen temer un incremento de peso. El alejamiento de las tiendas, el temor de una persona a salir sola, la ausencia de medios de transporte así como la dificultad para andar, por ejemplo, son otras tantas circunstancias que deben ser tomadas en consideración. Como las personas de edad viven frecuentemente solas, puede resultarles demasiado complicado preparar una comida compuesta por varios platos o quizá adviertan que ciertos alimentos vendidos en raciones individuales son poco prácticos o salen demasiado caros. Respecto a los alimentos que incrementan o se supone que aumentan el estreñimiento, deberían ser evitados por las numerosas personas de edad que padecen o creen sufrir esta perturbación. La frecuencia y el volumen de las deposiciones decrece con la edad, en parte porque disminuye la cantidad de alimentos ingeridos; algunas personas ven en esta reducción natural un signo de estreñimiento y toman un laxante que resulta en realidad inútil.

Las dificultades de absorción y de digestión. Aunque sean ligeros los cambios de la capacidad de absorción o de digestión asociados al envejecimiento, ciertas sustancias como la vitamina B_{12} resultan más difíciles de absorber y, por ello, pueden presentar un déficit en el organismo aunque se encuentren en cantidad suficiente en la alimentación. Algunos especialistas en dietética creen que es necesario aumentar la dosificación de estas sustancias para compensar los déficit ocasionados por tales dificultades de absorción: ciertas enfermedades acumulativas y perturbaciones como las úlceras pueden ocasionar también carencias nutritivas entre las personas de edad.

Los efectos secundarios de los medicamentos

Numerosas personas de edad toman, al menos, un medicamento. Algunos fármacos como los diuréticos (que aumentan las secreciones urinarias) provocan una pérdida excesiva de vitaminas y de sales minerales y ocasionan un déficit en tiamina y en potasio. Entonces es necesario combatir este déficit mediante la ingestión de alimentos ricos en tales sustancias.

En el curso del envejecimiento cambia también la eliminación de los sólidos y de los fluidos. En el caso de la evacuación de los sólidos, tienden a disminuir la masa y la frecuencia de la eliminación, que puede parecer insuficiente a ciertas personas en comparación con su pasado. Para recuperar la tasa y el volumen de sólidos que les parecen normales, tienden a veces a consumir inútiles laxantes. Este exceso de laxantes provoca otras dificultades y de ahí el consejo de BUTLER y LEWIS (1977) que recomiendan examinar el contenido del botiquín de las personas de edad antes de formular un diagnóstico.

La pérdida de elasticidad de la vejiga determina la reducción de su capacidad y origina dificultades de evacuación. Las personas de edad orinan, pues, con mayor frecuencia pero en cantidades menores que cuando eran más jóvenes. Esto puede perturbar su sueño (ya afectado por el envejecimiento). Otros factores aumentan asimismo las dificultades de eliminación de los desechos corporales: pérdida de nefronas (unidades renales funcionales que eliminan los productos tóxicos), cambios de la estructura de la uretra y alteraciones de la próstata. La probabilidad de prostatitis aguda (infección de la glándula prostática) y de diverticulitis (formación de pequeñas cavidades en las paredes del cólon inferior) aumenta al envejecer y complica la evacuación de los desechos.

La disminución del gusto y del olfato

Cuando se envejece, los alimentos parecen más insípidos y menos apetitosos. Como por ironía, la tolerancia a las especias disminuye también al mismo tiempo. No es sorprendente que la pérdida del gusto haga perder el apetito, pero el régimen alimenticio puede resentirse por ello.

El sueño

Por lo común, las personas de edad duermen tanto tiempo como los jóvenes, si bien tienden a despertarse más a menudo y aunque la fase de sueño profundo (el estadio IV) sea en ellas proporcionalmente menos larga con relación al tiempo total de sueño. Algunos autores creen que al envejecer disminuye la necesidad de sueño, lo que resulta excelente puesto que también se reduce la capacidad de dormir profundamente (Dement, 1974). Otros afirman que esta disminución no es más que una ilusión y que si los ancianos duermen menos es preciso buscar las razones en la depresión, la necesidad de orinar y otras dificultades inherentes al envejecimiento (Butler y Lewis, 1977). De hecho, los estudios refuerzan la teoría según la cual las personas de edad tienen a veces necesidad de *más* sueño que los jóvenes (Butler y Lewis, 1977). La tecnología moderna permite registrar de manera continua la actividad eléctrica del cerebro (electroencefalograma o EEG) durante el sueño. A las perturbaciones del sueño, se hallan asociadas diversas patologías y determinadas alteraciones, semejantes a las que se aprecian en las personas de edad (Prinz, 1977; Prinz y Raskind, 1978). Tras haber realizado un estudio exhaustivo de la literatura sobre el envejecimiento y las perturbaciones del sueño, Prinz y Raskind (1978, p. 138) llegan a la conclusión de que el deterioro profundo del sueño en las personas de edad representa una transformación neurobiológica de un considerable alcance práctico. Sin embargo, aún resultan mal comprendidas las implicaciones biológicas de la pérdida de sueño.

El insomnio puede conducir a ciertas personas al abuso de los medicamentos. Teniendo en cuenta que puede ser sintomático de otras dificultades (*v.g.* depresión, micción frecuente), los somníferos suponen el riesgo de complicar la situación en vez de mejorarla. En efecto, los cambios farmacocinésicos, es decir los relativos a la forma en que los agentes terapéuticos son absorbidos y eliminados (y no a sus efectos específicos) constituyen otra fuente de dificultades. La farmacocinesis comporta cuatro elementos: la absorción, la distribución, el metabolismo y la eliminación de las sustancias (Friedel, 1977), a todas las cuales afecta el envejecimiento. Como ya hemos indicado, ciertas sustancias requieren un tiempo muy considerable para que los agentes terapéuticos absorbidos por el cuerpo alcancen la mitad de su efecto máximo. Por ejemplo, el clorhidrato de flurazepam, somnífero muy útil para enfermos más jóvenes, necesita un período demasiado prolongado para que su efecto pase del máximo a la mitad en razón de la farmacocinesis de las personas de edad. Semejante efecto puede provocar en tales sujetos la somnolencia e incluso la desorientación durante más de un día.

La salud y el envejecimiento

Ante la mirada del observador superficial, todo lo que se relaciona con el envejecimiento y más especialmente con el envejecimiento físico, puede parecer nefasto; es el deterioro puro y simple. Pero aunque el deterioro físico constituye una grave amenaza, es preciso no olvidar que ciertas diferencias individuales, a las que se asocia con la edad, son de hecho transformaciones particulares de ciertos grupos y evolucionan de una generación a otra. Los programas de prevención y de intervención pueden retrasar el proceso de deterioro físico, y ciertos cambios asociados asimismo al envejecimiento resultan deseables. Tanto entre los hombres como entre las mujeres disminuyen con la edad las afecciones de las enfermedades agudas (fig. II-3). En efecto, la incidencia de estas dolencias es 3,5 veces más elevada en los jóvenes que en las personas jubiladas, y los sujetos de edad tienen la mitad de enfermedades graves que los de edad mediana. En realidad se producen aproximadamente dos enfriamientos o gripes anuales entre los niños de 6 años o menos, frente a una gripe cada dos años entre las personas de más de 45. Esta mejora resulta más marcada en los hombres que en las mujeres, es decir que se pasa de 2,01 a 0,52 enfriamientos por año en los hombres frente al descenso de 1,93 a 0,63 en las mujeres (*National Center for Health Statistics*, 1977).

Las dificultades emanadas del envejecimiento son más crónicas que agudas. A partir de los 65 años aproximadamente, una persona de cada dos debe limitar sus actividades y alrededor

Figura II-3: Frecuencia de las enfermedades agudas por cada 100 personas y por años según la edad y el sexo (Fuente: NCHS, 1977).

de una de cada cinco es incapaz de proseguir sus ocupaciones principales (29,6% en los hombres y 8,8% en las mujeres). Señalemos una vez más que la situación está abocada a cambiar en el futuro gracias a los progresos de la medicina así como a la mejora del entorno y del estilo de vida. Con la edad aumenta el número de visitas al médico: alrededor de una mensual entre los mayores de 65 años, por ejemplo, frente a menos de una vez cada tres meses entre los de 17 años o menos de esa edad.

La figura II-4 muestra la relación entre las causas de mortalidad y la edad de los sujetos. Advirtamos que existe una sensible diferencia entre las enfermedades crónicas de la vejez y las de la juventud.

En este libro hemos llamado varias veces la atención sobre las diferencias que distinguen a los grupos de edad. Gracias al desarrollo de las atenciones médicas y de los hábitos de vida, así como a los futuros descubrimientos médicos, cabe esperar que estas diferencias serán aún más considerables entre nuestros abuelos, nuestros padres, nosotros mismos y nuestros hijos. El campo de los cuidados bucales ofrece un ejemplo al respecto (ver fig. II-5). Se cree, en efecto, que la pérdida de los dientes irá decreciendo en el curso de los próximos decenios,

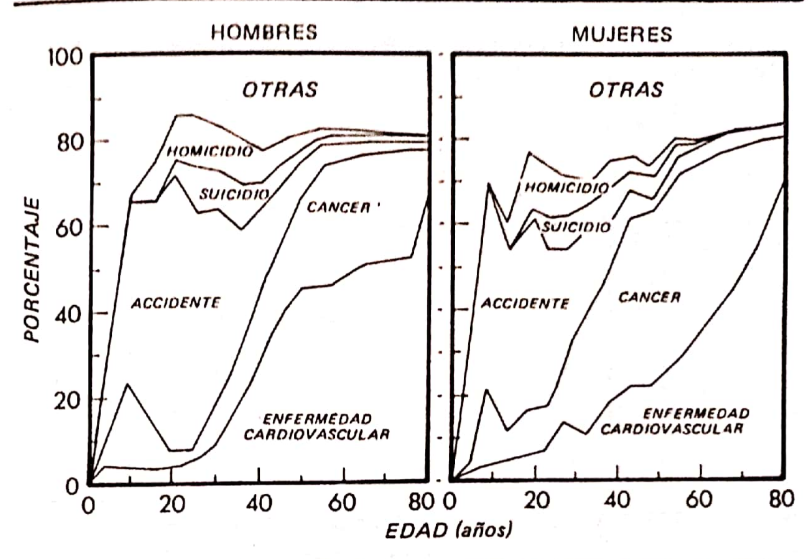


Figura II-4: Porcentaje de fallecimientos según la causa. (Fuente: *Metropolitan Life Insurance Statiscal Bulletin*, 1976).

como consecuencia del avance de la higiene dental, incluidos los cuidados preventivos y las visitas regulares al dentista.

Las intervenciones humanas y los cambios físicos

El ejercicio puede mejorar sensiblemente el funcionamiento y la apariencia físicos. Un programa razonable de actividades y de ejercicios puede, sin duda, incrementar sus efectos beneficiosos y retrasar los cambios inútiles en la apariencia, la estructura y el funcionamiento del cuerpo. Sólo desde hace muy poco tiempo conoce el público los programas de ejercicios apropiados a las capacidades y a la edad de cada uno (la edad y la capacidad no están necesariamente ligadas de una manera perfecta). Quienes deseen seguir un programa de acondicionamiento físico pueden ahora informarse al respecto, dirigiéndose a los organismos dedicados al estudio de los efectos del ejercicio en las personas de edad (*v.g.* la Fundación Lawrence Frankel; ver Zeller y Knight, 1978). Hay también libros que proporcionan instrucciones precisas sobre los ejercicios destinados a las personas de una determinada edad (*National Association for Human Development*, 1976*a*, 1976*b*, 1977).

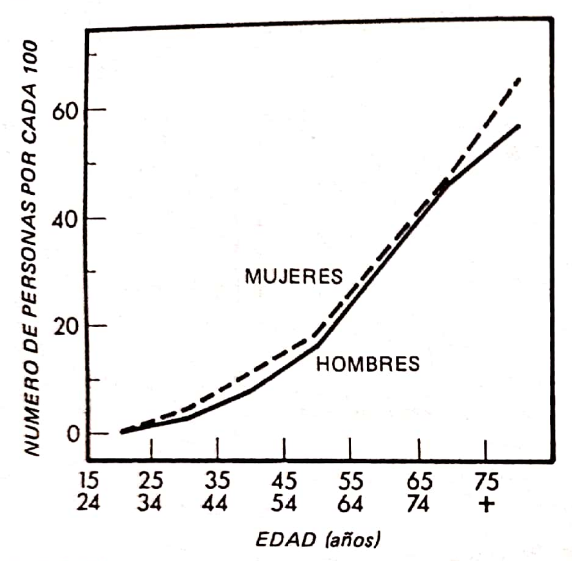


Figura II-5: Pérdida de la dentadura según la edad y el sexo (Fuente: NCHS, 1974).

El régimen. Las necesidades alimenticias cambian con la edad, incluso en ausencia de enfermedad. Por desgracia, las necesidades nutritivas de numerosas personas de edad no son adecuadamente satisfechas. Las causas de esta situación son múltiples: pobreza, depresión, falta de interés y de motivación, etc. Es seguro que un régimen apropiado, tanto por la cantidad como por la naturaleza de los elementos nutritivos que contenga, puede mantener el cuerpo con buena salud durante largo tiempo y que las privaciones graves, aunque sean de corta duración, pueden provocar daños irreversibles.

Los hábitos sanitarios. Conviene mencionar aquí los hábitos buenos y malos. El uso del tabaco y el abuso del alcohol, por ejemplo, tendrán como consecuencia acelerar los múltiples cambios ligados al envejecimiento a los que ya nos hemos referido. Por el contrario, la comprobación regular del estado de salud, la atención vigilante a la sintomatología de la dolencia y, llegado el caso, una pronta intervención, aumentarán la probabilidad de que la enfermedad sea rápidamente reconocida y tratada. Cabe también esperar que las generaciones jóvenes

estén mejor instruidas sobre lo que son unos hábitos sanos de vida y que se hallarán en disposición de beneficiarse de todo lo que es esencial a una buena salud.

Las diferencias individuales

Es preciso no perder de vista que todas las intervenciones y las prácticas que hemos mencionado deben hallarse adoptadas a las necesidades de cada uno. Todos nos preguntamos cómo es posible que sobreviva un individuo de vida urbana que fuma diariamente dos paquetes de cigarrillos mientras que muere de cáncer de pulmón alguien que no fuma y vive en un medio rural. Es posible que intervengan factores genéticos, el entorno o simplemente el azar, pero resulta preciso sin embargo no tomar como pretexto unos casos excepcionales para justificar comportamientos nocivos. El hecho de poder decir "Mi padre era fumador y vivió hasta los 85 años" no constituye una garantía de longevidad.

Los progresos médicos y las perspectivas de longevidad

¿Cómo pueden influir en la longevidad los progresos médicos? Indudablemente no sólo permitirán vivir más tiempo sino que proporcionarán a un número mayor de personas la posibilidad de vivir mejor los últimos años de la vida. Más allá de la calidad del progreso médico existe sin embargo otra cuestión y es la de la distribución eficaz de las atenciones médicas. En la actualidad, se desarrollan numerosos debates sobre la mejor manera de distribuirse estas atenciones entre todos los ciudadanos. Poco importan los medios utilizados; es seguro que al permitir a un mayor número el acceso a éstos se aumentará a la vez la duración y la calidad de la vida. Y así se logrará un progreso muy importante.

Algunas noticias buenas y malas en relación con los subproductos tecnológicos

Desde luego es agradable pensar en todo lo que contribuye hoy y contribuirá mañana a prolongar y a mejorar la vida: programas de ejercicios apropiados, sanos hábitos alimenticios, sin olvidar los beneficiosos efectos de los progresos de la medicina así como de la distribución de los cuidados en el conjunto de

la población... Pero por desgracia no sólo hay buenas noticias. Pensemos en el mayor índice de la contaminación, en la superpoblación, en el desenfrenado consumo de recursos no renovables. A menos que se invierta la situación, los efectos positivos del desarrollo se hallarán neutralizados. Mientras que, a través de reglamentos y de leyes, hemos conseguido reducir las tasas de las enfermedades asociadas a las situaciones laborales, no hemos logrado arreglar las condiciones de vida resultantes de la contaminación del aire y del agua en nuestras grandes ciudades. La disminución del número de muertes industriales ha sido compensada con un aumento del número de "muertes ecológicas" y los progresos en este campo han sido hasta ahora lentos. Hemos llegado a un punto donde el incremento de los conocimientos y del acceso a los servicios está acompañado por un aumento paralelo de los factores negativos.

CAPITULO III

ASPECTO SOCIAL DEL ENVEJECIMIENTO

La pertenencia a un grupo específico, una familia o una cultura, se halla regida por un conjunto de reglas y comporta numerosas obligaciones que varían enormemente según el grupo, la persona, la situación e incluso la edad. Sin embargo, sigue siendo objeto de controversia la naturaleza exacta de la influencia ejercida por el medio social.

Seis modelos sociales del envejecimiento

Sociólogos, psicólogos y gerontólogos han elaborado diversos modelos de envejecimiento con objeto de explicar la influencia de los factores culturales y sociales sobre el mismo. En este capítulo resumiremos seis modelos sociales: éstos presentan diferencias a veces mínimas así como numerosas superposiciones. Algunos modelos, como la teoría del retraimiento, han suscitado infinitas investigaciones; otros, como las teorías de las subculturas y de las minorías, no parecen haber retenido el interés de los investigadores.

La teoría del retraimiento

Esta teoría pretende que el envejecimiento está acompañado del retraimiento recíproco de la sociedad y del individuo

(CUMMINGS y HENRY, 1961): el individuo deja poco a poco de mezclarse en la vida de la sociedad y ésta le ofrece cada vez menos posibilidades de todo género. Al principio, este proceso de retraimiento recíproco parecía presentar ventajas, tanto para la sociedad como para el individuo, pero tras unos años de investigación la teoría ha sido modificada para reflejar la variedad de los estilos individuales de vida entre las personas de edad (v.g.: CUMMINGS, 1974). Posteriores formulaciones han subrayado la diferencia de las adaptaciones individuales a la vejez y sustituido poco a poco a la noción de una tendencia general hacia el retraimiento.

Sin embargo, no siempre existe acuerdo sobre la cuestión de saber si el retraimiento es frecuente y si es o no beneficioso para el individuo implicado. Resulta, sin duda, cierto que la persona que gradualmente se vea aislada se adaptará tanto mejor en cuanto acepte esta situación. Algunos creen que son las personas de edad las que inician por sí mismas el proceso de retraimiento; otras por el contrario mantienen que es la sociedad la que gradualmente obliga a los ancianos a retirarse de la vida activa.

La teoría de la actividad

En un primer momento la teoría de la actividad fue elaborada para colmar las lagunas de la teoría del retraimiento. Trata de explicar unos problemas sociales y las causas exactas que contribuyen a la inadaptación de las personas de edad. Si a los viejos se les priva de algunos papeles, los que quedan distan mucho de hallarse claramente definidos. La confusión resultante conduce a un estado de "anomia"*, el individuo carece ya de propósito y de identidad. Según la teoría de la actividad, si nuevos papeles no vienen a reemplazar a los anteriores, la anomia tiende a interiorizarse y el individuo se torna inadaptado y alienado no sólo de la situación sino también de sí mismo.

Según la teoría de la actividad, una vejez lograda supone el descubrimiento de nuevos papeles o de nuevos medios de conservar los antiguos (ATCHLEY, 1977). Para que se realice este ideal, será preciso en el futuro reconocer el valor de la edad y

*Situación social en la que no existen normas bien definidas, ni el individuo posee relaciones significativas con los demás. *(N. del R.)*

atribuir a las personas ancianas nuevos papeles, valorados por la sociedad. Estos habrán de estar acompañados de una forma cualquiera de remuneración, en primer lugar por necesidad económica y después porque en nuestra sociedad se valora el trabajo pagado mientras que no lo es el gratuito. La mayoría de los programas de actividades destinadas a las personas de edad sirven para ocuparlas, pero la remuneración que comportan es inferior al mínimo previsto por las normas nacionales y sería ilegal si se aplicara a cualquier otro grupo de trabajadores. El mantenimiento en un papel de trabajo normal es a veces complicado para las personas de edad, en razón de las dificultades que pueden suscitar su salud, los sindicatos, la legislación así como los progresos de la tecnología. Las nuevas medidas adoptadas en los Estados Unidos por la Cámara de Representantes han mejorado un poco la situación, retrasando hasta los 70 años la edad obligatoria de la jubilación; se impone sin embargo una redefinición de la aptitud para el trabajo, fundada en las capacidades individuales y no sólo en la edad.

MADDOX y EISDORFER (1962) han elaborado una caracterología de la moral y de la actividad de las personas de edad que comporta cuatro combinaciones posibles. Han hallado pocos hechos en apoyo de la hipótesis del retraimiento de CUMMINGS y HENRY (1961), según la cual el nivel de actividad tiende a disminuir a medida que se envejece. De esta manera, esos autores logran identificar cuatro tipos de sujetos distintos entre las personas de edad, en función de la evaluación de las actividades y de la moral. Sus cuatro combinaciones son las siguientes:

1.— actividad elevada/moral elevada;
2.— actividad elevada/moral baja;
3.— actividad débil/moral elevada;
4.— actividad débil/moral baja.

Los sujetos del tipo 3, "actividad débil/moral elevada", dicho de otra forma, los que han triunfado en su retraimiento, existen desde luego pero constituyen una porción relativamente pequeña de la muestra. Cualquiera que sea el número de estos sujetos, su existencia demuestra, por otra parte, que la tasa de actividad no se halla necesariamente asociada con la elevación de la moral. Los investigadores llegan a la conclusión de que una moral elevada se encuentra asociada por lo general con un nivel alto de actividad y que esto depende de

la situación económica y de las posibilidades que se ofrecen al sujeto.

Goudy, Powers y Keith (1975) han presentado una tipología del mismo género referente al trabajo y a las actitudes en relación con la jubilación. También ellos han descrito cuatro tipos, combinando las actitudes favorables y desfavorables para el trabajo y la jubilación. Entre una amplia muestra que comprendía a 344 miembros autónomos de profesiones liberales, 385 asalariados de profesiones liberales, 498 propietarios y comerciantes, 336 obreros fabriles y 359 agricultores (ver Tabla III-1) han obtenido una distribución casi igual para los cuatro tipos. También han comprobado que presentaban pocas diferencias las diversas categorías de ocupación así como las categorías de "asalariados" y "autónomos". En un segundo estudio Goudy, Powers y Keith (1975) han presentado un análisis más completo de sus cuatro tipos según las categorías de ocupación, al tiempo que tenían en cuenta los siguientes factores: valoración y edad. Aunque las subcategorías presenten diferencias significativas desde el punto de vista estadístico, estas variaciones no son, sin embargo, extremas en la mayor parte de los casos. Los miembros de las profesiones liberales se hallan representados con exceso en los tipos A y B mientras que los obreros fabriles y los agricultores lo están en las categorías C y D, pero estas proporciones distan de ser muy marcadas. Una vez más resulta importante advertir que las estadísticas enmascaran las diferencias individuales. Aunque los miembros de las profesiones liberales tienden a hallarse mejor adaptados, cada categoría comprende un número significativo de personas bien y mal adaptadas.

TABLA III-1.— *Capacidad de satisfación en el trabajo y actitud respecto de la jubilación*

Actitud respecto de la jubilación	Satisfacción en el trabajo: Positiva	Satisfacción en el trabajo: Negativa
Positiva	Tipo A (21%)	Tipo B (25%)
Negativa	Tipo C (25%)	Tipo D (29%)

(Adaptada y reproducida con la autorización de GOUDY, POWERS y KEITH, *Journal of Gerontology,* 1975).

Ni la teoría del retraimiento ni la de la actividad pueden explicar más de una fracción de las situaciones reales. Parecen existir más bien "tipos activos", "tipos retraídos" así como otros "tipos" y su distribución sólo cambia en una proporción débil, en función de variables como el trabajo, los ingresos, la instrucción y la edad.

La teoría del medio social

Gubrium (1973) sostiene que el comportamiento durante la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales. En efecto, el medio en el que vive la persona de edad engloba no sólo el contexto social (con sus normas), sino también los obstáculos de orden material y las posibilidades que se le ofrecen. Según este punto de vista, sobre el nivel de actividad de un individuo de edad influyen tres factores valiosos: la salud, el dinero y los apoyos sociales. La salud es un factor importante, porque muchas personas de edad se hallan taradas por el efecto acumulado de las enfermedades crónicas que limitan sus actividades. A partir de la edad de la jubilación una cuarta parte de la población no puede entregarse a sus principales actividades y un 10% es por completo impotente.

La situación económica es otro factor limitador. En los Estados Unidos, el 13% de los viejos tenían en el momento del estudio, unos ingresos inferiores al umbral "oficial" de la pobreza. El 18% del grupo de los de más de 65 años se aproximaban a ese umbral (ingresos iguales al 125% del límite oficial de la pobreza), lo que significa que una quinta parte de las personas de edad están considerablemente limitadas por la falta de recursos económicos (Brotman, 1977).

La existencia de apoyos sociales, como un marido o una esposa, la familia o unas relaciones sociales, contribuye al nivel de actividad. Más de las dos terceras partes de los hombres de 65 y más años están casados, mientras que éste sólo es el caso de un poco más de la tercera parte de las mujeres. En realidad, las cuatro quintas partes de las mujeres de más de 85 años son viudas. En cuanto a la pertenencia a diversas asociaciones, Lopata (1973) comprobó que disminuía con la edad y como consecuencia de la viudedad. En conjunto, los factores procedentes del medio social que son susceptibles de influir en el grado de actividad resultan desfavorables a la vejez.

La teoría de la continuidad

Por contraste con el cuadro sombrío que pinta la teoría del medio social, ATCHLEY (1971, 1972) mantiene que la última etapa de la vida prolonga los estadios anteriores. Las situaciones sociales pueden presentar una cierta discontinuidad pero la adaptación y el estilo de vida se hallan principalmente determinados por los estilos, hábitos y gustos adquiridos a lo largo de toda la vida. Así quienes siempre prefirieron la pesca al trabajo, una vez llegada la jubilación, se alegran de tener todo el tiempo disponible para ir a ver si pican los gobios, mientras que quienes han dejado para más tarde las excursiones de pesca se cansarán muy pronto de esta actividad para la que, paradójicamente, no encontrarán momento, energías, ni dinero, al tiempo que se quejan de no tener nada que hacer.

Según la teoría de la continuidad, los hábitos, gustos y estilos personales adquiridos y elaborados durante la vida, persisten en la vejez y el mejor índice de predicción de los comportamientos de un sujeto en una determinada situación continúa siendo su conducta anterior. La adaptación social a la vejez, a la jubilación y a los acontecimientos del mismo género está determinada principalmente por el pasado. Los acontecimientos sociales que sobrevienen en el curso de los últimos años de la vida ejercen, desde luego, unas presiones y provocan la adopción de ciertas conductas, pero éstas siguen la dirección ya tomada antes en la vida.

Los ancianos como subcultura

ROSE (1965) estima que las características comunes de las personas ancianas y su aislamiento explican que formen un grupo social aparte. Y esta "subcultura de la *edad*, posee todos los rasgos característicos de cualquier grupo aislado, incluyendo un conjunto de normas que gobiernan su conducta. Como han demostrado RILEY y sus colaboradores (1968), resulta mucho más ventajoso estudiar los grupos de ancianos, utilizando una *estratificación elaborada según la edad, en vez de una estratificación según la clase.*

Han aumentado en número y poder, desde la publicación del informe de ROSE, las organizaciones exclusivamente reservadas a las personas de edad; se han vuelto también más reivindicativas. La organización para ciudadanos de edad a la que pertenezca a un individuo ejercerá una influencia sobre su comportamiento. Las organizaciones nacionales difieren entre sí por su filosofía, su composición y su estilo. Estas diferencias se presentan ya cuando se visita un reagrupamiento específico; en efecto los miembros explican que "no son como" los otros, quienes "se creen superiores" o "pretenden conseguirlo todo a cambio de nada", etc.

La organización, la especificidad, los objetivos y el estilo de cada grupo social constituyen también variables importantes. Si una persona opta por la soledad (opción a menudo impuesta por la enfermedad, la pobreza o la ausencia de medios de transporte), esta opción determina también su comportamiento. Con frecuencia quienes han permanecido activos desde su juventud en la misma organización religiosa o social explican que no quieren asociarse a una banda de "trastos viejos" y que su adhesión al grupo les permite "seguir siendo jóvenes".

Los ancianos como grupo minoritario

Las ideas de STRIEB (1965) son muy parecidas a las de ROSE; STRIEB cree, sin embargo, que en nuestra sociedad las personas de edad se sienten, por así decirlo, forzadas a formar una minoría. El grupo minoritario de los viejos ve además cómo se le atribuyen unos defectos que es preciso evitar a cualquier precio. Al igual que los negros, en ciertos estudios prefieren parecer más blancos de lo que son de hecho en su fotografía y se ven atribuir una condición social superior cuando tienen efectivamente la tez pálida (KARDINER y OVESAY, 1951), las personas de edad que no representan la que tienen o que poseen conductas jóvenes son, por lo general, consideradas un tanto superiores a las demás.

Los rasgos característicos de los grupos minoritarios se aplican a los ancianos. La falta de movilidad, la pobreza, la segregación y la impotencia, trazos todos comunes a los grupos minoritarios, son también característicos de los viejos en América del Norte. Las reacciones a esta segregación varían desde la pasividad total hasta el activismo político. El alcoholismo, la toxicomanía (en el caso de las personas de edad se trata, por lo general, de calmantes vendidos por prescripción facultativa o en una farmacia), la pobreza y la escasa autoestima se encuentran tanto en la subcultura de las personas de edad como en las demás minorías. Aunque estos rasgos sean secundarios y no necesaria-

mente característicos de los grupos que envejecen o de los grupos minoritarios, pueden influir en la forma en que son tratados los ancianos así como en sus sentimientos hacia ellos mismos.

La estratificación social

En toda sociedad, cada persona pertenece a un determinado número de grupos. Algunos de éstos son abiertos, cabe entrar o salir de ellos; otros, como el grupo racial, son por el contrario permanentes. Los sociólogos emplean el término de "capa" para definir la estratificación social. La noción misma de la estratificación supone una superposición de las capas sociales, aunque existan clases o grupos cuya posición en la jerarquía es relativamente libre o poco definida. Grupos y capas poseen un cierto número de propiedades: pueden ser permanentes, como el grupo racial, o temporales, como el grupo formado por los estudiantes en una determinada época.

La estratificación según la edad es permanente en un sentido y temporal en otro. En todo momento cada uno es miembro permanente de una capa de edad y sólo la muerte le permitirá abandonarla. Sin embargo, esta capa evoluciona con la maduración de sus miembros. Las sociedades difieren por el número de capas de edad que reconocen, así como por las capas económicas y sociales que se asignan. Ciertas sociedades primitivas pueden no tener más que dos clases, una superior y otra inferior. A medida que evolucionan, la estratificación social aumenta y las capas se multiplican en función de la riqueza, de la instrucción, etc; las capas de edad no constituyen una excepción. Hubo un tiempo en Occidente en que sólo se conocían tres o cuatro capas de edad. En efecto hace doscientos años existía la infancia, la edad adulta, la vejez y quizá la primera infancia si consideramos a ésta como distinta de la infancia. La duración de cada una era variable. Pero la ampliación de la infancia, como consecuencia de la prolongación de la escolaridad, así como de un cierto grado de riqueza, ha permitido una subdivisión de la misma que se denomina adolescencia.

La influencia que ejerce sobre el individuo el hecho de pertenecer a una determinada capa social, constituye el "predominio" de esta capa. Como cada individuo es miembro de varios grupos, cada uno de ellos adquiere para él un diferente grado de predominio, que puede variar igualmente en función de la situación y según las épocas. Por ejemplo, si se trata de cuestiones de moral, el predominio corresponderá a la pertenencia al grupo religioso, pero para las decisiones que afectan a los programas gubernamentales corresponderá al grupo político. Las preguntas que se plantean respecto a la pertenencia al grupo de edad durante los últimos años de la vida son las siguientes: ¿Cuál es la importancia de pertenecer a una determinada capa de edad y cúales son las variables que definen esta importancia?

En el pasado, cuando las capas de edad eran menos numerosas, cada una abarcaba un mayor número de años. Pero, al aumentar éstos, ha disminuido otro tanto su duración respectiva. Por añadidura, ciertas capas de edad son menos prestigiosas que otras, de suerte que parece deseable atravesarlas lo más rápidamente posible a fin de acceder al siguiente grupo de edad, que representa un estado superior al antiguo. Por ejemplo, parece ventajoso abandonar la infancia para ingresar en la edad adulta, siendo en efecto considerados los adultos como dueños de un poder y de una libertad superiores. Pueden parecer menos deseables otras capas de edad como la vejez, la cuarentena o la cincuentena.

Cain (1974) ha hecho observar que la prolongación del período que precede a la edad adulta así como la longevidad aumentan considerablemente. La vejez dura más tiempo y el grupo de personas de edad es más numeroso y posee más poder que antaño. Llega a la conclusión de que el modelo sociológico tradicional que comporta dos generaciones, jóvenes y viejos *(v.g.* Eisenstads, 1956 y Feur, 1969) resulta incapaz de explicar los hechos actuales. Añade que puede que se asista a un rejuvenecimiento progresivo del grupo de los jóvenes, de la misma manera que el envejecimiento progresivo del grupo de los viejos, capaces unos y otros de una acción *eficaz* en política (Cain, 1974, p. 39, la cursiva es nuestra).

Confirmando la tesis de Cain, el bloque de los viejos, a veces denominado el "poder gris" aumenta en número y en fuerza. La conciencia de esta toma de poder económico y político confiere una importancia nueva al hecho de pertenecer a la capa de edad que comprende la vejez. Esta importancia incrementa el peso de las cuestiones relacionadas con la edad como la inflación, la jubilación forzosa, los impuestos (en especial la contribución territorial), las atenciones médicas, la seguridad social y los programas gubernamentales que constituyen "cuestiones sociales" y que presentan el más alto interés para las personas de edad.

Como los jóvenes y los viejos se hallan en una posición de inferioridad relativa respecto a los adultos en la fuerza de la edad, estos dos grupos tienen razones para querer unirse. Pero, por otro lado, en un período en que se ha reducido el crecimiento económico, todo lo que cabe esperar es una distribución más equitativa de los recursos conocidos cuya cantidad es limitada. Sin el desarrollo de nuevos recursos, cada grupo recibe la distribución como un "trueque" más que como una ganancia, lo que supone el riesgo de que entre los jóvenes y los viejos se desencadene un conflicto en vez de establecerse una alianza.

La condición social de las personas de edad y los cambios sociales

COWGILL (1974) ha identificado en el desarrollo de una sociedad moderna cuatro tendencias que contribuyen al descenso de la condición de ancianos entre sus ciudadados: el perfeccionamiento de la tecnología sanitaria, el desarrollo y la eficacia de la tecnología económica, la urbanización y los progresos de la instrucción. Los cambios específicos que define son el resultado de la modernización (ver la figura III-1). Sin embargo, en numerosos países se registra una reducción del ritmo y, quizá, incluso una inversión de algunas de las tendencias presentadas en la figura III-1, muy especialmente respecto a la urbanización y la instrucción. Según COWGILL, en una sociedad evolucionada, la tradición es menos importante que la flexibilidad y el progreso de los conocimientos; el valor de las personas de edad se encuentra consecuentemente disminuido y aumenta en proporción el de los jóvenes. La necesidad de renovar sus conocimientos a fin de realizar determinadas funciones coloca a las personas de edad en una posición de inferioridad dentro del mercado de trabajo y debilita su posición económica. Con harta frecuencia, las personas de más de 40 años tropiezan con dificultades considerables a la hora de encontrar un nuevo empleo aunque hayan rendido satisfactoriamente en el pasado. Como consecuencia del progreso de equipamiento y de la tecnología, que exigen una experiencia y un adiestramiento diferentes, sus aptitudes resultan "anticuadas"; si están en paro, no es necesariamente culpa suya.

La posibilidad de jubilar a los trabajadores comporta aspectos a la vez positivos y negativos. Constituye un aspecto positivo el hecho de que una parte importante de la población ac-

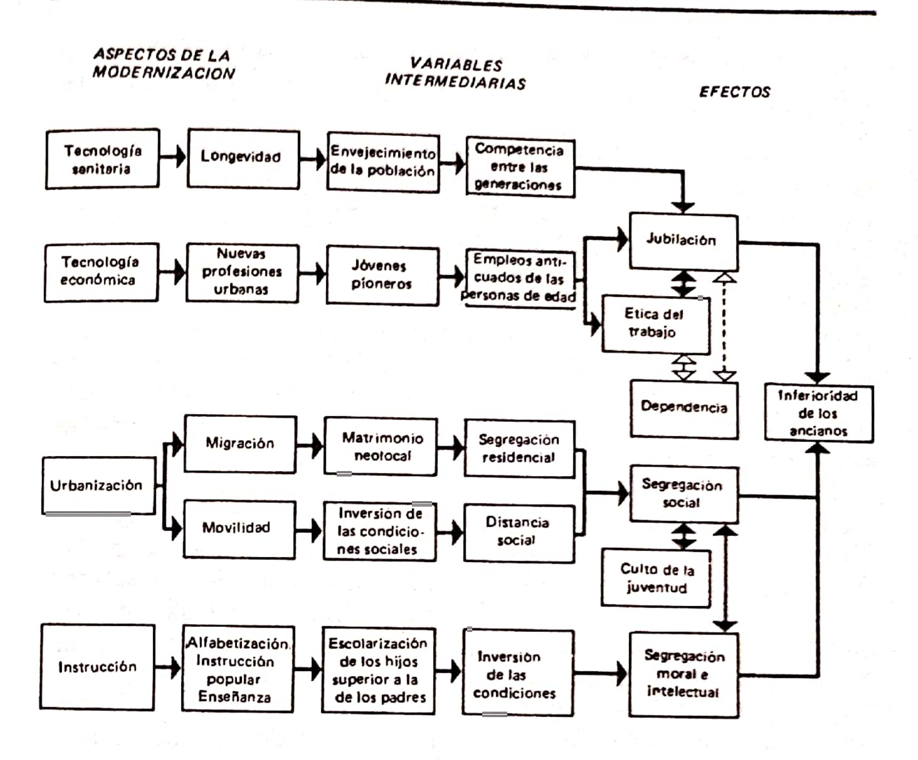


Figura III-1.— Envejecimiento y modernización (Adaptada y reproducido con la autorización de COWGILL, *Annals of the American Academy of Political and Social Science, 1415,* 1974).

tiva puede abandonar el mercado de trabajo y ser mantenida por la productividad incrementada de quienes continúan trabajando. Por el contrario, el hecho de abandonar el medio laboral, con la casi inevitable reducción simultánea de los ingresos y del prestigio del individuo, constituye un aspecto negativo. Como ha mostrado CUTLER (1972) basta con añadir la palabra "jubilado" a la designación de la función (*v.g.* fontanero jubilado, sacerdote jubilado) para que inmediatamente se encuentre disminuido el prestigio de que disfrutaba la función designada.

En los países desarrollados la movilidad es grande: los jóvenes abandonan o han abandonado ya las zonas menos pobladas para ir a las ciudades. A pesar de todo, la mayoría de las

personas de edad cuentan todavía al menos con un hijo o hija que vive bastante cerca como para que las visitas sean frecuentes.

Los rápidos progresos de la instrucción, que comenzaron a hacerse notar hacia el final de la segunda guerra mundial y prosiguieron con la generación de los niños del *baby boom**, aminoran considerablemente todos los niveles. Los más jóvenes entre los numerosos niños de la posguerra han concluido ya su escolaridad. Con el actual descenso de la tasa de natalidad, las matrículas escolares disminuyen por todas partes. Esta tendencia continuará verosímilmente durante algún tiempo y en los próximos veinte años se asistirá al cierre de numerosos centros de enseñanza; cabe esperar que los recursos así liberados sean redistribuidos entre las personas de edad.

El nivel de instrucción alcanzado por las personas de edad mejora de manera espectacular con cada cohorte. Así, en los Estados Unidos, el 21,8% de la población masculina y el 17,5% de la femenina han realizado estudios universitarios. En 1930 la proporción era sólo del 6,5%. Hacia finales de siglo más de una tercera parte de las mujeres y casi la cuarta parte de los hombres habrán acudido a la universidad. Es interesante comparar la proporción de personas que han asistido a la universidad durante algunos años con el porcentaje de los que no han terminado la enseñanza secundaria, tomando como jalones los años 1930 y 2000. En 1930, quienes habían frecuentado la universidad se hallaban en franca minoría (6,5% de los hombres y 5,5% de las mujeres). En el año 2000 el porcentaje de los que no habrán terminado la enseñanza secundaria será el minoritario (6,4 y 5,3% para los hombres y las mujeres respectivamente). La evolución más rápida tendrá lugar entre el 2010 y el 2020.

En el momento actual, el paradigma de COWGILL parece capaz de explicar la condición de las personas de edad en muchos países. También nos ilustra sobre lo sucedido durante nuestra evolución cultural. Puede suceder, sin embargo, que este modelo se vuelva en el futuro cada vez menos útil si se tienen en cuenta las tendencias evolutivas actuales, es decir si:

1.— La esperanza de vida no sigue aumentando de manera significativa;

* *Baby boom:* incremento de la natalidad después de la Segunda Guerra mundial. En España se produjo al terminar la Guerra Civil y también con el resurgimiento económico de los años 60. *(N. del T.).*

2.— Los cambios tecnológicos provocan la reconversión de los trabajadores en vez de su licenciamiento;
3.— Se reduce la tendencia a la urbanización e incluso se invierte si disminuye la tasa de crecimiento demográfico;
4.— Se aminora la diferencia de nivel de instrucción entre los diversos grupos.

La vida familiar durante la vejez

No sólo aumenta el número de las personas de edad sino que éstas constituyen una proporción cada vez más considerable de la población. Tal tendencia al crecimiento de la población anciana, lo mismo en cifras absolutas que por comparación con los demás grupos de edad, proseguirá al menos durante cuatro decenios más. Como disminuye la tasa de natalidad, cada anciano tiene menos descendientes capaces de cuidarle; en efecto, las familias tienen menos de la mitad de los miembros que tenían al comienzo del siglo. Así pues, la vida familiar ha variado y continuará cambiando en el futuro previsible. Los sociólogos han centrado recientemente su atención en dos sectores de investigación relativos a la familia, es decir:

1.— La modificación de los lazos de parentesco y su incidencia sobre la interacción entre las generaciones;
2.— La aparición de nuevas formas de familias (SUSSMAN, 1976; TROLL, 1971).

SCHERR (1960) y BLENKNER (1965) describen la "responsabilidad filial", es decir la obligación de atender a las necesidades de los padres que envejecen. BLENKNER habla también de la "madurez filial", es decir de la capacidad de dar prueba de responsabilidad filial. En un estudio sobre la responsabilidad de los hijos, SEELBACK y SAVER (1977) han mostrado que la moral de los padres es tanto más baja cuanto más elevadas son sus exigencias. Su muestra se hallaba por desgracia descentrada en favor de las clases socioeconómicas inferiores y compuesta en su mayor parte de sujetos de raza negra, de suerte que no es posible generalizar sus conclusiones a otros grupos.

La mayoría de las investigaciones indican que las personas de mediana edad alcanzan la madurez filial y, cuando es posible, cuidan de sus padres o les procuran la ayuda necesaria para que continúen siendo independientes. Tales estudios contradicen la imagen estereotipada según la cual las familias "se descargan" de los viejos, confiándoles a un asilo en vez de cuidarlos. Añadamos que la presencia de ancianos puede procurar a los jó-

venes y a las personas de mediana edad unos modelos que les enseñen a envejecer y a adaptarse a los nuevos papeles familiares y sociales aunados con el envejecimiento.

La mayoría de las personas de edad son independientes, tienen una familia que se ocupa de ellas y, en la clase media, dan tanto como reciben por los servicios que prestan. Existen sin embargo tensiones. Habida cuenta de los problemas reales que padecen las personas de edad, sigue siendo cierto a pesar de todo que la mayoría de los miembros de la familia, jóvenes y viejos, desean comportarse como una familia. Prefieren, sin embargo, lo que ROSENMAYR y KOSHEIS (1965) denominan la "intimidad a distancia": las familias desean mantenerse en contacto pero no vivir necesariamente en la misma casa. A menudo se cree también que las personas de edad que viven en una institución no tienen familia o que ésta ya no se interesa por ellas. La verdad es sin embargo lo contrario. BRODY y SPARK (1967) analizaron la lista de espera para una residencia de ancianos y descrubrieron que un 85% de los solicitantes tenían al menos un hijo, más de la mitad tenían tres o más hijos mientras que sólo el 7% no contaban con parientes que se interesasen por ellos. SUSSMAN (1976) halló que la familia en sentido amplio, "los parientes", desempeña por lo general el papel de intermediario entre la persona de edad y la burocracia.

La evolución del papel de la familia influye también en las relaciones entre sus miembros. En efecto, su interdependencia ha sido modificada por el paso de la familia organizada en función de la producción, a la familia sostenida por el trabajo en el exterior. La evolución demográfica significa también que hay menos hijos que trabajen en una empresa familiar para cuidar de los padres ancianos. Puesto que el matrimonio y los nacimientos sobrevienen mucho antes que antaño, la generación de personas en edad madura puede tener a la vez hijos, nietos, padres y abuelos, *todos* vivos y todos necesitados de algún tipo de ayuda.

Aunque haya menos jóvenes para ocuparse de sus padres viejos, hay también relativamente menos hijos que requieran los cuidados de sus padres de edad. Aunque sean por lo general los padres quienes ayudan a los abuelos y a los hijos, sin embargo, la ayuda resulta recíproca (HILL, 1965). Es preciso recordar asimismo que las estadísticas enmascaran las diferencias individuales más de lo que las esclarecen. Puede que haya familias en las que sean los miembros de más edad quienes ayudan a los

más jóvenes y otras en donde las personas de edad acudan en ayuda de los demás sin recibir nada a cambio. Finalmente hay también familias en donde la ayuda mutua y la comunicación resultan casi inexistentes.

Un modelo del ciclo de la vida familiar durante la vejez

Las investigaciones actuales inducen a creer que la edad madura es el nadir* del ciclo de la vida familiar. Por desgracia, la mayor parte de las investigaciones se refieren casi exclusivamente al comienzo del ciclo o a su final y pocos estudiosos se interesan por los años centrales. Los autores que emplean un enfoque evolutivo, como HILL y RODGER (1964) definen diversas etapas en el curso de estos años centrales. Sus tres últimas etapas son las siguientes: sexta etapa, lanzamiento del joven adulto; séptima etapa, años centrales de la vida; octava etapa, años del envejecimiento. Durante su sexta etapa, el objetivo del sujeto estriba en reorganizar la familia para hacer de ella una unidad en la que los miembros sean más iguales unos con relación a los otros y liberar a los hijos de la estrecha influencia familiar a fin de que comiencen a llevar su propia vida al margen de la familia. La séptima etapa tiene como finalidad reorganizar a la famillia en torno al marido y a la esposa más que entorno a los hijos. Es posible que, tras haberse centrado durante veinte años en la carrera y en los hijos, las parejas alcancen el punto más bajo de su matrimonio en razón de las dificultades que presenta la readaptación a la vida de la pareja. La última fase es la del retraimiento y la jubilación. Esta última etapa comprende la reintegración del marido a la casa, que reemplazará a partir de entonces a su trabajo. En este contexto el retraimiento supone una participación mayor en la vida familiar. Estas ocho etapas se detienen a los 77 años, edad a partir de la cual cabría añadir las fases de la fragilidad o de la viudez. Desde la aparición de la obra de SHEEHY (1976), que se inspiró ampliamente en trabajos de LEVINSON, DARROW, KLEIN, LEVINSON y MCKEE (1978), se otorga más atención a los años consagrados a la vida familiar. SHEEHY ha vulgarizado las etapas con ayuda de expresiones fáciles de recordar como "las embestidas de la veintena", "el remolino de la treintena", "raíces y expansión", "el decenio de la última oportunidad", "la renovación o la resignación".

El modelo que hemos elaborado debe mucho a los de LEVIN-

Nadir: Punto de la esfera terrestre diametralmente opuesto al cenit. *(N. del R.)*

SON y colaboradores (1978) y a SHEEHY (1976), pero otorga más importancia a la vida adulta posterior que cualquiera de estos enfoques. Presentamos nuestro modelo en la Tabla III-2. Hemos tratado de integrar varios puntos de vista en un modelo conciso. Conforme a este paradigma, no nos demoramos en las etapas que preceden a la familia puesto que no resultan pertinentes aquí. Al igual que el vaivén de una onda sonora, nuestras relaciones familiares pueden ser cíclicas; atravesamos fases de dependencia y de independencia para llegar finalmente a la etapa del aislamiento o de la dependencia. Los períodos 3 y 4 son períodos de cambios importantes que influyen sobre nuestra vida futura. Las etapas 5 y 6 sólo aportan pocas variaciones para la mayoría de las personas; las posibilidades de cambiar de trabajo disminuyen cada vez más y muchos buscan más la seguridad que nuevos retos. El final de este período viene señalado por la partida de los hijos que se independizan. Si hasta entonces tendían a desligarse cada vez más, desde este momento han de abandonar la casa para ir a vivir permanentemente en otro lugar.

En nuestra sociedad "no liberada", la vida de las mujeres se halla marcada por las etapas de la vida familiar, mientras que la de los hombres se encuentra jalonada por su carrera. Las etapas presentadas en la Tabla III-2 serán, pues, un tanto diferentes para los hombres y las mujeres de la presente generación. Estas dierencias deberían disminuir en el futuro, pues las mujeres ocupan empleos a jornada completa en número creciente y los hombres participan más en la vida familiar.

Las cuestiones relativas al acercamiento y el alejamiento de la familia, así como a la interacción de los estilos de la vida familiar son generalmente resueltas durante la primera parte de la edad adulta. Los miembros de la familia acaban por comprometerse más con su familia inmediata y por desprenderse de sus padres.

La jubilación provoca unos cambios de papeles que producen un efecto espectacular en las relaciones familiares. Algunas reacciones son facilitadas por la situación familiar individual, mientras que otras producen cambios dramáticos.

Los jóvenes y los viejos son generalmente capaces de participar en varias formas de actividades. Su salud es por lo común bastante buena y sus ingresos suficientemente elevados para permitirles acometer muchas cosas. Sin embargo, acaba por establecerse gradualmente la incapacidad, de suerte que marido

Tabla III-2.– *Un modelo social de envejecimiento*

	Edad	Crisis	Tareas
9. Fin de la vejez	75	Invalidez, internamiento en una institución	1. Pérdida de la independencia 2. Internamiento en una institución
8. Mitad de la vejez	70-74	Simbiosis Viudez	1. Pérdida de las capacidades y desarrollo de los mecanismos de adaptación 2. Pérdida del cónyuge
7. Comienzo de la vejez	65-70	Jubilación	1. Disminución de los ingresos 2. Desarrollo de la capacidad de ocupar su tiempo libre y de adaptarse a sus nuevos papeles
6. Edad adulta (2º período)	45-65	Estabilidad de la carrera Marcha de los hijos	1. Obligaciones hacia los hijos y la pareja 2. Llegada al tope de la carrera
5. Edad adulta (1er período)	26-45	Desarrollo de la familia. Desarrollo de la carrera	1. Nacimiento de los hijos 2. Desarrollo de la carrera
4. Juventud	17-25	Proyectos de matrimonio y de carrera	1. Decisión respecto al matrimonio 2. Comienzo del trabajo a jornada completa
3. Adolescencia	11-17	Instrucción y culturización fundamental	1. Desarrollo de capacidades heteroxexuales de socialización 2. Primera elección de la carrera y de los estudios
2. Infancia	1-11	Socialización y educación familiar	1. Desarrollo de las capacidades sociales 2. Aprendizaje de la vida en familia
1. Primera infancia	0-1	Concepción de la realidad y supervivencia	1. Desarrollo de una concepción estable de la realidad 2. Desarrollo de las capacidades primarias de comunicación y de locomoción

ACONTECIMIENTOS FAMILIARES:

9. Separación y aislamiento crecientes
8. Ruptura de la díada fundamental
7. Creciente interacción en un estado relativamente desprovisto de papeles
6. Partida de los hijos, que ya se han hecho independientes
5. Comienzo de la familia: tener y educar hijos
4. Interacción con otras familias: Relaciones
   partida de la familia
   elaboración de la familia
3. Adquisición de las capacidades, independencia
2. Dependencia casi total
1. Dependencia total

y mujer se ven obligados a compartir las tareas según el principio de que "cada uno hace lo que puede" (CLARK y ANDERSON, 1967). Siguiendo a TROLL (1971), llamamos a este período el de la simbiosis. Esta forma de ayuda mutua evita el internado en instituciones a muchas parejas que no podrían permanecer independientes sin la aportación de cada uno de los miembros. Cuando el estado final de la viudez comienza muy tarde tras la elaboración de la simbiosis, el miembro que sobrevive es, por lo general, incapaz de desenvolverse solo y ha de ser confiado a una institución o bien muere en un plazo bastante corto. Resulta conveniente que, incluso en ausencia de achaques y enfermedades, la pareja de edad comparta las tareas de la vida cotidiana y que marido y mujer se tornen más dependientes mutuamente. Cabe que de aquí resulte una simbiosis que perjudique después la adaptación necesaria tras la pérdida del cónyuge.

Estas etapas poseen naturalmente una duración distinta para los hombres y para las mujeres y deben ser consideradas según la perspectiva propia de cada sexo. En efecto, resulta bastante raro que los hombres conozcan las dos últimas etapas puesto que son habitualmente las mujeres quienes sobreviven. En general, y por las mismas razones, la mujer puede esperar vivir diez años de viudez ya que su esperanza de vida es más larga y además las mujeres tienden a casarse con hombres de más edad. El contexto en el que sobreviene la viudez es diferente para los dos grupos. El hombre que sobrevive se halla en un medio con un gran número de viudas. La probabilidad de que tenga contactos heterosexuales y vuelva a casarse es claramente superior a la de las mujeres.

Aunque la proporción de ancianos que viven en una institución en un determinado momento no supera el 4 o el 5%, esta proporción se incrementa rápidamente en cuanto se toman en consideración edades cada vez más avanzadas. Casi todas las personas de 60 años son todavía independientes mientras que la mayoría de las personas de 90 años viven en una institución. La evolución demográfica ha provocado un asombroso incremento del número de residencias para personas de edad, así como un aumento de su coste. Como el ingreso en una institución se produce cada vez más a menudo, hemos resuelto considerar este acontecimiento como una crisis familiar en las líneas que siguen.

HOENING y HAMILTON (1966) hacen una observación: no

existe correspondencia biunívoca entre la carga objetiva que constituye la persona de edad y la percepción del problema por parte de la familia. En efecto, la carga subjetiva y la carga objetiva son muy a menudo divergentes si se considera por un lado el diagnóstico y por otro los valores y el contexto sociales de la familia. La carga subjetiva más pesada según HOENING y HAMILTON, corresponde al diagnóstico de senilidad, mientras que la carga subjetiva más ligera proviene de una psicosis afectiva. Las familias que ingresan a sus ancianos padres en una institución obran así basándose en sus sentimientos subjetivos que no corresponden necesariamente a las necesidades reales de la persona de edad.

El trabajo

Una parte considerable de la vida transcurre en el trabajo. En la presente sección consideraremos al anciano en cuanto trabajador y trataremos de los efectos que produce la inevitable retirada del trabajo en el momento de la jubilación.

¿Qué es preciso entender por trabajo y descanso? Remover la tierra con una azada es, sin duda, un trabajo para el agricultor pero un descanso para el aficionado a la jardinería ¿Y acaso el golf no constituye un trabajo para aquel que ha hecho de este juego su profesión? Algunas profesiones sólo exigen un escaso esfuerzo físico mientras que otras distracciones son muy fatigosas. Finalmente, el valor otorgado al trabajo varía según los grupos de edad. Los más jóvenes exigen en efecto que el trabajo sea interesante en sí mismo, mientras que los de más edad consideran sobre todo el trabajo como un medio de ganar un salario. Antaño la jubilación se presentaba a menudo como un reposo bien merecido, mientras que ahora puede convertirse en ocasión de acometer o de proseguir una segunda carrera. No debe olvidarse esta diferencia entre los grupos cuando se lea lo que sigue.

La vida activa comienza un poco antes de la veintena para concluir con la transición de los años 60, 65 ó 70. En las clases socioeconómicas superiores, los años transcurridos en la universidad pueden retrasar la entrada en la vida activa, mientras que en las clases menos favorecidas el trabajo puede constituir una manera de escapar a las limitaciones impuestas por

la escuela. Los años activos ocupan alrededor de los dos tercios de nuestra vida y el trabajo es, sin duda, una de las fuerzas que dominan casi todas nuestras actividades, tanto familiares y sociales como estrictamente personales.

En una sociedad aún aferrada a la ética del trabajo, el hecho de realizar una tarea productiva ocupa un lugar importante en la jerarquía de los valores y algunos consideran el paro o el hecho de no tener actividad productiva como el más grave de todos los pecados, el que es preciso evitar a cualquier precio.

En nuestra sociedad, la naturaleza del trabajo ha evolucionado indudablemente con mayor rapidez durante los últimos cien años que el valor atribuido al mismo. De un modo de producción basado en la actividad intensiva hemos pasado al consumo masivo de energía: el duro y monótono esfuerzo de hace apenas algunos decenios cede gradualmente el puesto a los medios mecánicos y al ordenador. Como consecuencia de esta evolución hemos llegado a depender cada vez menos del trabajo manual y cada vez más de los recursos energéticos. El aumento de la productividad y de la eficacia en la sociedad occidental ha hecho nacer una sociedad capaz de atender a las necesidades de los que no pueden producir: los niños, los indigentes, los minusválidos, los jubilados y los ancianos. Nos hallamos cada vez más en disposición de consagrar menos tiempo que antaño al trabajo necesario para ganar nuestra vida, de tal manera que podemos disfrutar de ocios que cobran una gran importancia en nuestra existencia y que han dado nacimiento a una vasta industria.

El contraste entre el aumento de la productividad y de la eficacia en nuestra sociedad, por un lado, y nuestro aferramiento a la ética del trabajo por otro, comportan una cierta ironía y constituyen el origen de un conflicto. Nuestra sociedad es, en efecto, capaz de una producción suficiente para que un mayor número de trabajadores puedan retirarse antes, mientras que los que se aferran al valor del trabajo no aceptan de buen grado lo que no han "ganado" y estiman que la jubilación y la pensión del jubilado deben ser "merecidas".

Con objeto de recoger observaciones precisas sobre la diferencia entre la actitud de los trabajadores jóvenes y de los de más edad hacia su trabajo, ALDAG y BRIEF (1977) estudiaron a 439 asalariados, representantes de cuatro oficios diferentes: porteros, obreros del sector industrial, funcionarios de prisiones y agentes de la policía. Obtuvieron una correlación positiva

entre la edad y la motivación, el interés por el trabajo, la satisfacción general y el compromiso personal con su patrono.

Según esta investigación, los trabajadores de edad se revelan en efecto más inclinados que los jóvenes a querer su trabajo, a interesarse por él y a sentirse motivados así como animados por el ideal inherente a la ética del trabajo. Pero en relación con necesidades de orden superior (es decir con el grado de responsabilidad conferido a un empleo y su aspecto creador por oposición a la importancia del salario), la relación se invierte: la motivación de los trabajadores jóvenes es menos extrínseca (es decir que depende más de la naturaleza del trabajo en sí mismo y menos del salario ganado).

Sin embargo, en un estudio norteamericano anterior, ALDAG y BRIEF (1975) hallaron a los trabajadores viejos más satisfechos que a los jóvenes, tanto de su empleo como de su desarrollo personal (satisfacción de las necesidades de orden superior). Estos estudios deben ser interpretados con prudencia en lo que concierne a la imagen estereotipada de los trabajadores viejos y de su jerarquía de valores. Presentan, en efecto, numerosas diferencias individuales y, salvo error, ningún investigador ha distinguido todavía adecuadamente el efecto producido sobre la satisfacción en el trabajo por el grupo, el grado de instrucción y la clase socioeconómica.

Entre las ideas muy difundidas en el seno de la población mal informada, señalamos la que pretende que los ancianos se ausenten del trabajo por causa de enfermedad más a menudo durante un período más largo que los jóvenes. La exposición efectuada en el capítulo precedente sobre la frecuencia de enfermedad entre las personas de edad podría dar la impresión de que este temor se encuentra justificado. De hecho sucede todo lo contrario. BARTLEY (1977) ha estudiado las fichas de asistencia de 50 empleados masculinos jubilados a los 65 años y las de 50 empleados comparables pero más jóvenes. El absentismo de los más viejos era muy inferior al de los jóvenes. La figura III-2 muestra que la predisposición a los accidentes y a las heridas, revelada por el número de visitas a la clínica médica por causa de cortes, contusiones, esquirlas, desolladuras, etc (tanto si el accidente sobrevino en el trabajo como en casa) es menor en los trabajadores viejos que en los jóvenes.

Teniendo en cuenta que supuestamente las personas de edad se restablecen con más lentitud y caen enfermas con mayor frecuencia que los jóvenes, fueron también sometidas a análisis

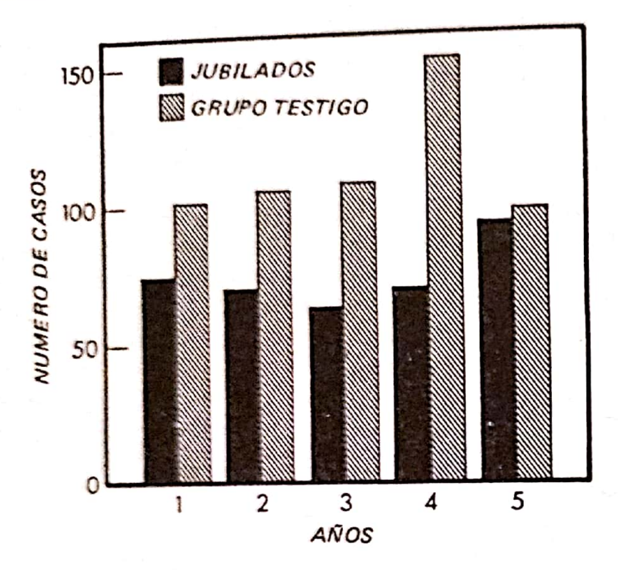


Figura III-2: Visitas a la clínica médica a consecuencia de heridas. (Adaptada y reproducida con la autorización de BARTLEY, *Personnel, 54,* Copyright 1977, Amacon, división de la *American Management Association.* Reservados todos los derechos).

todas las visitas médicas. Una vez más, como muestra la figura III-3, los trabajadores de edad revelan menos ausencias por causa de enfermedad.

Las investigaciones sobre la productividad de los trabajadores ancianos son muy numerosas; sin embargo, presentan el defecto de seguir un plan de estudio transversal. Este tipo de plan permite revelar la diferencia entre las cohortes en el momento de la recogida de datos pero no tolera seguir la evolución en el tiempo de una cohorte. SHEPARD y SIDNEY (1977) hacen observar que, incluso si ciertos datos (por ejemplo los de RILEY, FONER, MOOLER, HESS y ROTH, 1968) acusan diferencias constantes entre los trabajadores viejos y los jóvenes, tales resultados son casi siempre el efecto de una situación artificial de laboratorio. Cuando, por el contrario, la situación se parece más al verdadero trabajo, los resultados son más favorables a los trabajadores viejos (LAUFER y FOWLER, 1971). La diferencia se explica por el hecho de que la mayoría de las tareas reales no

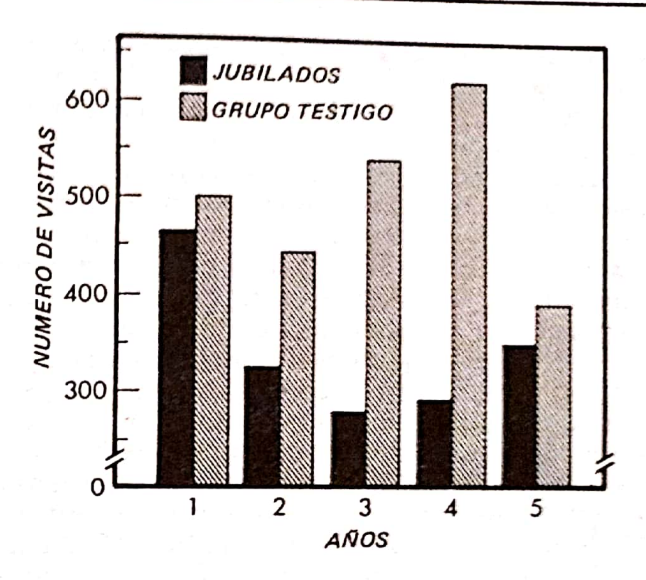


Figura III-3: Total de las visitas a la clínica médica por accidentes. (Adaptada y reproducida con la autorización de BARTLEY, *Personnel, 54,* Copyright 1977, Amacon, división de la *American Management Association.* Reservados todos los derechos).

exigen el máximo de esfuerzo físico de que es capaz el trabajador, de suerte que el debilitamiento de este máximo, que sobreviene con la edad no se hace sentir nada, *en la práctica,* cuando se trata de realizar las tareas ordinarias.

Existe todo un conjunto de características estereotipadas que se orientan a menospreciar al trabajador anciano. Teniendo en cuenta que la literatura científica lo presenta como sometido a enfermedades crónicas, más lento que los jóvenes y menos capaz de reciclarse o adaptarse a una nueva situación, no es sorprendente que la industria dude en emplearle. Por desgracia, las investigaciones en este campo se hallan muy poco desarrolladas con relación a la importancia de la cuestión. La mayoría de los textos nos remiten al concepto que se tenía del hombre y del trabajo en el siglo XIX, época en que la jubilación aparecía como un alivio tras una dura vida de trabajo extenuante. Esta concepción, que podía resultar válida cuando la medida del hombre era su fuerza física, ya no es pertinente hoy en un mundo en donde la fuerza y la rapidez necesarias para la ma-

yor parte de las tareas distan de aproximarse al máximo posible. En la actualidad, en efecto, los déficit debidos a la enfermedad y a los achaques sólo se hacen sentir en el trabajo a partir de una edad muy avanzada.

Son muchos los que consideran que la cuestión del mantenimiento en activo de los trabajadores viejos, cuyas fuerzas comienzan a disminuir, debería hallar su respuesta en la redefinición y la reorganización de las tareas. Nos apresuraremos a añadir que cada vez que se mejoran las condiciones de trabajo para incrementar la productividad de los trabajadores ancianos, la producción de los jóvenes aumenta otro tanto.

Respecto a las dificutlades de adaptación o reciclaje, SHEPARD (1976) señala que quedan fácilmente superadas a poco que se apliquen los métodos elaborados por la psicología. Los programas de reciclaje utilizados en Inglaterra y en otros lugares, pero por desgracia desconocidos al parecer en ciertos países, han dado excelentes resultados (BELBIN, 1965, 1969; BELBIN y BELBIN, 1972; BELBIN y DOWNS, 1972). Estos programas utilizan métodos activos especialmente concebidos en función de los trabajadores de edad.

La selección de una profesión constituye una de las tareas más importantes del adulto joven. Esta elección posee, en efecto, tres importantes consecuencias. Primeramente será la que determine, en gran parte, el futuro del o de la joven, puesto que la vida activa ocupa al menos la mitad de nuestra existencia. En segundo lugar, la duración de la vida aumenta paralelamente a la esperanza de vida. La esperanza de vida activa, es decir de los años consagrados al trabajo, pasó en efecto de 44,5 en 1940 a 45,2 en 1960 en el caso de un trabajador de 16 años que accede al mercado de trabajo. De la misma manera la duración de la jubilación se ha prolongado un poco (SHEPARD, 1976). Finalmente, el número de mujeres casadas que trabajan ha aumentado en un 10% desde 1940 y supone ahora seis millones en los Estados Unidos.

Los hechos precedentes, a los que se añade el aumento de la población de edad, demuestran cuatro cosas. Primeramente, el número de trabajadores ancianos continuará aumentando en un futuro que cabe prever; en segundo lugar, el comportamiento de estos trabajadores no es necesariamente inferior al de los jóvenes y, a veces, resulta incluso superior; en tercer lugar, los trabajadores ancianos son capaces de incrementar su producción y de reciclarse a condición de que la transformación de las tareas y los programas de reciclaje se adecúen a sus necesidades más que a las de los jóvenes; y, en fin, puede que por obra del envejecimiento de la población nos veamos obligados a emplear un número mayor de trabajadores de edad, simplemente porque el número de personas que alcancen los 65 años supere al de los jóvenes que acceden al mercado de trabajo. En lugar de imponer la jubilación obligatoria, habrá que encontrar los medios de persuadir a los trabajadores para que permanezcan activos y productivos más largo tiempo.

La jubilación

El trabajo es algo más que una manera de ganarse el pan. Constituye una parte de la trama de nuestra vida. Cada una de nuestras jornadas se halla organizada en función de nuestra actividad, porque es ésta quien dicta la hora de levantarse, de comer, de volver a casa y, si cambia nuestro horario laboral, hay que modificar todo nuestro empleo del tiempo. El trabajo nos fuerza pues, a estructurar el tiempo; nos impone igualmente, al menos en una cierta medida, la elección de nuestra indumentaria, del lugar en que habitamos, así como de la clase socioeconómica a la que pertenecemos. Es evidente que la jubilación, que pone fin al trabajo, posee unas connotaciones que van mucho más allá del cese de empleo.

Para comprender lo que significa la jubilación, comencemos por evaluar la amplitud de la población jubilada. Se advierte de inmediato que la tarea no es fácil. ¿Es preciso en efecto, incluir a alguien que, si bien parado desde hace tiempo, celebra su 65 aniversario, quedando así autorizado a recibir las prestaciones procedentes de un antiguo empleo? ¿Hemos de tener en cuenta a los militares y funcionarios que perciben una pensión de "retirados" pero siguen trabajando en una nueva profesión? ¿Qué decir de los que habiendo superado los 65 años no tienen, sin embargo, derecho a las prestaciones de la seguridad social ni a pensión de ningún tipo y se ven obligados a vivir de la caridad pública porque a su edad no pueden hallar empleo? ¿Qué hacer por fin con los enfermos obligados a jubilarse anticipadamente como consecuencia de su incapacidad? Aun admitiendo que tales casos no sean la norma, es preciso sin embargo reconocer que resultan bastante frecuentes como para enturbiar el cuadro. Pero en los párrafos siguientes sólo nos referiremos al caso más corriente, el del trabajador que

conserva el empleo toda su vida, se jubila a la edad "normal" y percibe una pensión en reconocimiento de sus servicios.

Si volvemos al siglo anterior, en especial a los comienzos de la revolución industrial, es decir hacia 1865, asistimos al paso desde el trabajo artesanal, efectuado en casa, a los empleos fabriles, paso que viene acompañado de un cambio en la naturaleza misma del trabajo: el consumo masivo de energía sustituye al trabajo intensivo. Asimismo se desplaza la producción. La empresa familiar, representada por la pequeña explotación agrícola y por el comercio artesanal cede su puesto a las grandes empresas: ya no se trabaja en casa, sino por cuenta de un patrono extraño a la familia. Las tareas se especializan a ultranza, se suprimen los actos inútiles, reina la monotonía y el obrero, situado en un punto cualquiera de la cadena, ni siquiera sabe siempre lo que produce su trabajo, ni qué papel desempeña él mismo en la inmensa máquina.

La revolución industrial tuvo como efecto incrementar la productividad de los trabajadores de forma que, por vez primera en la Historia, el nivel de vida general —y no el de los *ricos*— supera el de la simple subsistencia. Tuvo también como efecto permitir a un elevado número de seres sobrevivir sin trabajar, puesto que la producción de cada obrero sobrepasa en realidad sus propias necesidades y las de su familia. El excedente de la producción y la transformación de la naturaleza misma del trabajo tuvieron una profunda incidencia en la jubilación. Esta fué establecida por Bismark en Alemania durante el siglo XIX; trataba de aliviar la suerte de los trabajadores viejos que, en la mayoría de los casos, se habían afanado penosamente durante toda su vida. Como la jubilación se fijó a los 65 años y la esperanza de vida no era tan larga como la de hoy, pocos eran los trabajadores que se beneficiaban realmente y pocos jubilados la disfrutaban durante mucho tiempo.

Cuando la jubilación se generalizó y se extendió a otros países, se mantuvo la edad de los 65 años. Tras la prolongación de la esperanza de vida para todas las edades, son numerosos los trabajadores que abandonan el puesto de trabajo a los 65 años para continuar viviendo con buena salud. Con la persistencia de esta tendencia, la esperanza de vida de un jubilado de hoy en los países industrializados es de 15,6 años a la edad de 65. La jubilación no es ya, pues, el privilegio de un pequeño número de seres que se beneficiará de ella durante un tiempo bastante breve.

Atchley (1977) ha conceptualizado la jubilación como un proceso, un acontecimiento y un papel. En cuanto proceso, supone una preparación y el paso de un papel (el de trabajador sometido a normas objetivas) a otro (el de jubilado), que comporta sus propias normas. Para ser eficaz,la preparación de la jubilación debe comenzar no un año o ni siquiera diez años antes, sino con un plazo previo suficiente para que el jubilado pueda asegurarse una situación económica estable, conforme a sus gustos y a sus ambiciones.

A menudo, la jubilación tiene lugar tan rápidamente que el proceso adquiere el caracter de un simple suceso. Crawford (1973) señala el caso en el que el acontecimiento es de tan breve duración que el trabajador, preocupado por no perder tiempo en el trabajo, apenas consigue el último día estechar la mano de sus colegas. Por el contrario, ciertos trabajadores son autorizados a vestir ropas de calle durante la última semana y en ciertos casos se les procura un trabajo de transición que les fatiga menos y les deja un poco más de libertad durante un tiempo más o menos largo antes de que llegue el día fatídico. Algunos son honrados con una ceremonia más o menos formal, que marca el hecho de que se trata de un acontecimiento más que de un proceso. En ocasiones el acto se limita a algunas copas tomadas en compañía de los compañeros; a veces toda la empresa suspende el trabajo el tiempo necesario para ofrecer oficialmente un regalo al que se jubila.

Tanto si el acontecimiento es marcado por una ceremonia más o menos oficial como si no lo es, constituye un momento crítico de la vida y, por ello, viene acompañado de una determinada inquietud y de un cierto desequilibrio. Según Rapaport (1963), en las sociedades que poseen pocos ritos de paso, es decir en donde la socialización preparatoria de los nuevos papeles familiares se halla reducida al mínimo y en donde las exigencias atribuidas a estos papeles pueden ser variables, los cambios críticos como la jubilación provocan una pérdida de equilibrio, tanto en la persona afectada como en su familia. Los ritos de paso de nuestra sociedad son muy poco numerosos y, por lo general, comportan escasos elementos de socialización. Por añadidura, el cambio de estado inherente a la jubilación es a menudo considerado como una pérdida y no como una ganancia: tal como ha señalado Cutler (1972), la jubilación viene siempre acompañada de una pérdida de prestigio. Según Van Genner (1960), las sociedades menos desarrolladas

que la nuestra conocen tres tipos de ritos de paso: ritos de separación, de transición y de agregación. Los ritos de transición y de agregación (confirmación, Bar Mitzvah*, fiesta de graduacion, iniciación en las sociedades de estudiantes, etc.) abundan en nuestra sociedad, pero no hay más rito de separación que la jubilación a menos que se considere así al divorcio. Pero la jubilación es la separación de algo con un papel: tras la jubilación ya no hay obligación de hacer "lo que quieren los demás" sino que puede hacerse "lo que se quiera". Y aquí es donde aprieta el zapato. No siendo ya guiado por las exigencias externas, el sujeto que no tiene costumbre de "hacer lo que le viene en gana" puede hallarse desorientado y sentirse angustiado y deprimido más que liberado. CRAWFORD (1973), que ha estudiado el efecto de las ceremonias que acompañan a la jubilación, declara que, en comparación con los que se han beneficiado de un rito de paso, los hombres privados de esta ventaja presentan una tendencia más marcada a buscar la compañía de sus colegas, a retornar al lugar de trabajo y a adherirse a las sociedades profesionales. Lo que le hace decir que los ritos de separación son eficaces, puesto que ayudan a los hombres a cambiar de estado sea cual fuere la manera en que estos se anticipen a ese cambio.

La transición de la jubilación provoca unos cambios en la relación conyugal. Como señala burlonamente el dicho: "¡Me casé con él para lo mejor y para lo peor pero no para el almuerzo!" BALLWEG (1967) estudió 52 parejas en las que el marido tenía por lo menos 65 años. Todos los matrimonios vivían unidos e independientes de su familia, disfrutando de una salud satisfactoria. Entre los maridos, 18 trabajaban y 34 se habían jubilado. Los dos grupos son comparables desde el punto de vista de la edad y de la instrucción, aunque estas dos medidas sean ligeramente superiores para el grupo de los jubilados. Los maridos jubilados se ocupan del hogar con más frecuencia que los que trabajan (54,7% de los trabajadores no hacían absolutamente nada en la casa, contra el 47% de los jubilados). Pero su participación presenta sin embargo un aspecto interesante. La mujer conserva por lo general toda la responsabilidad de las tareas que en nuestra sociedad pasan por ser femeninas, como

* Rito de iniciación que significa que un muchacho judío, al llegar a los trece años, asume la responsabilidad religiosa. *(N. del T.)*

hacer la colada y la casa, mientras que el hombre se encarga de levantar los muebles pesados, realizar las pequeñas reparaciones y quemar las basuras. Los maridos suelen también atribuirse las tareas administrativas, como llevar las cuentas. Al menos en esta muestra, el papel de la mujer no parece haber sufrido profundas modificaciones. BALLWEG concluyó su estudio diciendo que con la jubilación aumenta para el hombre la participación en las tareas cotidianas sin que éstas lleguen sin embargo a repartirse.

Las dificultades de orden físico y psicológico que acompañan a la jubilación han dado lugar a numerosísimas investigaciones, pero es precisamente en este capítulo en donde dejan de entenderse sindicalistas y universitarios. Los autores que hablan en nombre de los sindicatos, como ZALUSKY (1977), tienden a alabar la jubilación anticipada y afirman que la mayoría de los trabajadores desean abandonar su trabajo tan pronto como sea posible; éste sería un elemento importante en las negociaciones colectivas. Por el contrario, los universitarios suelen ver el reverso de la moneda. Así un autor de orientación psicoanalítica, FRANK (1977), aplica a la jubilación la noción tomada de FERENCZI (1952) de la "neurosis del domingo", que pretende que uno se sienta angustiado y deprimido el domingo cuando no tiene nada que hacer. Compara la jubilación a un largo domingo y mantiene que las perturbaciones psíquicas no pueden por menos de aumentar en el curso de la jubilación. Consciente de la dificultad de adaptarse a los sutiles aspectos cualitativos que comporta el papel del jubilado (quien ha conocido durante muchos años un empleo del tiempo más estructurado), SCHWARTZ (1974), cree que a menudo resultan necesarios los consejos de un psicoterapeuta para lograr una adecuada adaptación. Autores conservadores como el especialista canadiense en epidemiología LE RICHE (1978) se inquietan ante el peso que representará para la sociedad el creciente número de personas de edad con su cortejo de enfermedades y achaques. LE RICHE llega incluso a denunciar la legislación canadiense de inmigración que permite a los inmigrantes venir acompañados de sus abuelos y dice que Canadá se verá invadido por personas que no saben ni inglés ni francés y que son totalmente incapaces de integrarse en una sociedad en la que ya están sobrecargados los servicios destinados a las personas de edad (p. 138). Por lo demás, la misma actitud se observa en otros países.

La oposición entre los diversos puntos de vista en parte alguna resulta tan evidente como entre ZALUSKY (1977) y ELLISON (1968). Según ELLISON, la adopción del papel del jubilado en los obreros y la del papel del enfermo presentan notables puntos comunes. Llega a la conclusión de que el contexto social que rodea a la jubilación, especialmente en los medios obreros, constituye un factor adecuado para precipitar la aparición de las enfermedades. Evidentemente esta posición se halla muy alejada de la de ZALUSKY, quien sostiene con optimismo que basta una pensión conveniente para que el trabajador se mantenga y disfrute de su larga jubilación.

La mayoría de los autores distinguen sin embargo los efectos de la jubilación forzosa, que son nefastos, y los de la jubilación voluntaria; distinguen también entre la jubilación de los obreros y la de los miembros de profesiones liberales. Casi todos (por ejemplo, BRICKFIELD, 1978) estiman que la jubilación obligatoria provoca a menudo dificultades, mientras que otros consideran que toda jubilación, incluso voluntaria, requiere un período de preparación y de orientación (ver SCHWARTZ, 1974)). Los estudios de que disponemos actualmente nos llevan a creer que si les fuera garantizada la seguridad económica, la mayor parte de los obreros optarían de buen grado por la jubilación, mientras que no lo harían los miembros de las profesiones liberales. Según ATCHLEY (1977) la dificultad proviene de la actitud de los intelectuales que no hallan satisfacción en la vida al desempeñar los papeles tradicionales de proveedores, esposos y padres.

El ocio

GORDON, GAITZ y SCOTT (1976) atribuyen a las actividades que ocupan el ocio la siguiente definición: "actividades personales y discrecionales en las que la expresividad se impone a la instrumentalidad"* (p. 311). Según la concepción clásica, estas actividades engloban tanto las letras y las artes, consideradas distracciones sanas, como la búsqueda de placeres vedados. Sólo tras los progresos de la industrialización y la ascensión de los nuevos ricos, en la segunda mitad del siglo XX, el término se tornó peyorativo por su asociación con el "consumo ostentoso",

*La traducción es del autor.

característico de la nueva clase denominada "ociosa". En el momento actual, se entiende a menudo por ocio una serie de actividades libres cuyo objetivo consiste en procurar una satisfacción inmediata más que tender hacia una finalidad estrictamente utilitaria y lejana. Dicho de otra manera, estas actividades hallan su fin en sí mismas.

Tras haber reseñado trabajos de investigación y textos filosóficos, GORDON y colaboradores (1976) atribuyen cinco objetivos principales a la ocupación del ocio: la distracción, la diversión, el desarrollo de la persona, la creatividad y la trascendencia sensual; y los ordenan en función del grado de expresión personal al que tienden (Ver Tabla III-3). En un estudio reali-

Tabla III-3.— *Ocupación del ocio*

Intensidad de la expresividad (cognitiva, emotiva y física)		
Muy elevada	Trascendencia sensual	Actividad sexual Empleo de agentes psicoactivos Extasis religioso Agresión, "acción" (combate defensivo u ofensivo, debates) Juegos y deportes muy competitivos Baile intenso y rítmico
Medianamente elevada	Creatividad	Creación artística, literaria, musical, etc Altruísmo (preocupación por los demás) Discusión, análisis Ornamento de lo instrumental (introducción del arte y del juego en el trabajo)
Media	Desarrollo	Cultura física y deportes Adquisición de conocimientos (estudio, lectura seria) Cultura artística (Visitas a exposiciones pictóricas, museos, etc.) Participación en las actividades organizadas (*clubs*, círculos) Visitas con guías, viajes Juegos intelectuales y juguetes educativos
Media baja	Diversiones	Vida social, recepciones Deportes como espectador Juegos y juguetes de todo tipo Conversaciones Pasatiempos o aficiones Lectura Distracciones pasivas (radio, televisión, etc.)
Muy baja	Descanso	Soledad Reposo Sueño

(Según GORDON, GAITZ y SCOTT, 1975)

zado en Houston (Texas) y referido a 1.441 sujetos, GORDON y sus colaboradores pudieron comprobar que la ocupación del ocio disminuye con la edad. Entre las 17 categorías presentadas en la Tabla III-3, sólo dos acusan un aumento durante la vejez; son la distracción o la soledad por un lado y, sólo entre los hombres, la cocina. Parece, pues, que las personas jubiladas, al menos las que constituyen la cohorte y la muestra de GORDON, aprovechan poco el tiempo libre para dedicarse a actividades de ocio. Semejante situación constituye un problema puesto que, como acabamos de decir, la inactividad es precisamente una de las dificultades de la jubilación. La primera explicación que surge en la mente es de orden económico: ¿No será tal vez la falta de dinero lo que impide a los jubilados dar ocupación a su ocio? Sin embargo resulta evidente que entre las numerosas actividades comprendidas en las 17 categorías de GORDON algunas suponen unos gastos reducidos o nulos. Podría mencionarse también la mala salud, pero asimismo parece que hay que rechazar esta explicación porque las actividades desechadas por las personas de edad no están vedadas a los sujetos debilitados.

Con los progresos de la instrucción y la elevación del grado de escolaridad de las personas de edad, es probable que se registre una transformación del ocio. La participación de las personas de edad debería mejorarse, tanto desde el punto de vista de la cantidad como de la calidad, tras el desarrollo de lo que ATCHLEY denomina "aptitud para el ocio". En efecto la cohorte actual no tuvo jamás ocasión de aprender ni practicar las actividades de ocio en la misma medida que la juventud actual. Por lo demás ésta considera el ocio como una necesidad de la vida. Así veremos indudablemente cómo las cohortes más jóvenes atribuirán un lugar mucho más importante a las actividades del ocio cuando ellas mismas hayan llegado a la edad de la jubilación. Advirtamos que esta evolución tendrá incidencia sobre la industria del ocio, así como en la utilización de la energía y de otros recursos naturales poco abundantes.

CAPITULO IV

LOS PROCESOS PSICOLOGICOS Y EL ENVEJECIMIENTO

Al envejecer, todas nuestras experiencias y comportamientos se hallan determinados e influidos por procesos psicológicos. Comenzaremos por abordar los procesos psicológicos fundamentales, es decir los cambios sensoriales y perceptivos, la memoria y la inteligencia, la metacognición y la creatividad. Esta primera parte comprende, pues, lo que se llama la "cognición", o sea las funciones y capacidades intelectuales. Vienen después las emociones, la motivación y los cambios de la personalidad y finalmente los rasgos específicos de las personas de edad.

Los cambios de la percepción sensorial

Las capacidades sensoperceptivas no pueden escapar a una cierta disminución como consecuencia del envejecimiento, disminución que varía considerablemente de un individuo a otro. En efecto, por lo general, se observa una reducción en la capacidad de recibir y de tratar las informaciones concernientes al entorno. Resultado habitual del envejecimiento son deficiencias como la presbiacusia (pérdida del oído en la zona de las altas frecuencias) y la presbiopía (disminución de la plasticidad del cristalino y de su poder de acomodación, lo que exige el empleo de gafas bifocales) que influyen evidentemente en la rea-

lización del trabajo cotidiano. A estas pérdidas se suman unos cambios psicológicos. Ciertos sujetos no quieren llevar gafas y otros, aún más numerosos, rechazan la prótesis auditiva porque les resulta molesta. De ahí que muchas personas de edad experimenten déficit auditivos y/o visuales sin embargo fáciles de corregir. Pero nuestras tareas cotidianas, bien sea en la casa, en el trabajo o en el juego, rara vez requieren un máximo de velocidad, de fuerza o de capacidad sensorial. Y la mayor parte de las pérdidas se sitúan en el límite superior de nuestras capacidades, de suerte que no advertimos mucho sus efectos en la vida cotidiana.

La vista

Al envejecer, el cristalino del ojo cobra espesor y pierde una parte de su plasticidad y de su capacidad de acomodación. De ahí que ya no pueda acomodarse a los objetos muy alejados o muy próximos. La profundidad del campo disminuye continuamente hasta que se impone la utilización de cristales correctores bifocales con objeto de modificar la visión lejana o próxima. Si se acentúa la presbiopía, pueden ser necesarios cristales trifocales con objeto de compensar la pérdida de acomodación para los objetos muy próximos, cercanos y alejados.

El empleo de cristales bifocales exige siempre un período de adaptación. Bajar una escalera, por ejemplo, resulta especialmente difícil puesto que es casi imposible distinguir los escalones mirando por la parte superior de los cristales, que aproxima los objetos alejados, mientras que los escalones se hallan demasiado alejados para la parte inferior que sirve en la lectura. La necesidad de mirar a través de las diversas partes de los cristales crea una cierta tensión. Incluso cuando se está ya acostumbrado a las nuevas gafas, ciertas tareas siguen resultando difíciles, como cambiar una bombilla eléctrica o ejecutar un trabajo próximo situado por encima del plano normal de la visión. La imagen percibida puede a veces desdoblarse, por ejemplo, cuando al ir conduciendo se observa el indicador de velocidad, viéndolo a la vez a través de las partes superior e inferior de los cristales.

A la vista debemos una gran parte de la información que nos llega del mundo y un buen número, al menos, de nuestros placeres. Como la televisión se convierte en la distracción principal de las personas de edad, el hecho de no poder ya leer ni contemplarla puede tener como efecto un aislamiento cada vez mayor y que se vuelvan a la vez indiferentes y carentes de interés. La pérdida de la agudeza visual supone también el riesgo de hacer disminuir la participación en la vida social y el interés por las actividades recreativas.

A la edad se hallan asociados unos cambios importantes en las zonas periféricas y centrales del funcionamiento visual-perceptivo (FOZARD, WOLFF, BELL, MCFARLAND y PODOLSKY, 1977). Las modificaciones periféricas comprenden los cambios en la capacidad de acomodación y de transmisión del ojo. Ya hemos señalado los de la acomodación (el enfoque). El cambio más frecuentemente asociado a la transmisión consiste en el desarrollo de cataratas en el cristalino. Las cataratas proceden del amarilleamiento del cristalino que tiene por efecto deformar el espectro luminoso y oscurecer la visión. Por fortuna es elevada la tasa de éxitos en las intervenciones quirúrgicas en caso de cataratas. Las modificaciones periféricas aparecen habitualmente hacia el final de la treintena o al comienzo de la cuarentena. Afectan a la percepción de la profundidad y a la sensibilidad ante el deslumbramiento; la sensibilidad a los colores disminuye mientras que aumentan las dificultades relacionadas con las tareas visuales ordinarias como la lectura y la costura. Los cambios de la zona central sobrevienen posteriormente en la vida, en general entre los 50 y los 70 años. Estas modificaciones de la zona central resultan más difíciles de paliar, puesto que suponen una pérdida total de función más que una simple disminución funcional fácilmente corregida. Las modificaciones centrales comprenden la disminución del campo de visión, el aumento del umbral de las sensaciones (mínimo preciso de excitación para la sensación o diferencia mínima entre dos estímulos percibidos como distintos).

Los trastornos de tipo central son a menudo efectos secundarios de problemas fisiológicos como la hipertensión, ciertas neuropatías y la diabetes; ceden mucho menos ante las intervenciones directas. Por consiguiente, y en vez de intervenir directamente, el médico prescribe con frecuencia un régimen, ejercicios o una medicación apropiada a las dolencias, que constituyen el origen de las perturbaciones visuales.

Los cambios perceptivos se suman a las dificultades de interacción entre el enfermo y su ambiente. La lectura, por ejemplo, se vuelve penosa puesto que los caracteres pequeños, una iluminación escasa y los detalles menudos le causan dificultades.

Diversos mecanismos permiten, no obstante, compensar los déficit sensoperceptivos. Así un obrero que realiza un trabajo muy exigente en cadena puede compensar la pérdida de agudeza visual por su familiaridad con la tarea que tiene que efectuar. Numerosas dificultades visuales asociadas con el envejecimiento pueden corregirse o dar lugar a unos mecanismos de acomodación de suerte que la actividad cotidiana apenas sufre las consecuencias.

El oído

Por lo general, la pérdida de audición no es completa porque, en la mayoría de los casos, resulta selectiva y sólo afecta a las frecuencias altas mientras que las bajas suelen seguir siendo muy bien percibidas a menos que influyan otras afecciones. La pérdida de sonidos agudos, cuando es acentuada, obstaculiza la percepción de la expresión. En efecto, las consonantes comportan sonidos agudos y si no resultan percibidos, dan la impresión de que las palabras son masculladas. El sujeto de edad afectado de presbiacusia (déficit auditivo) cree entonces que quienes le rodean murmuran y les acusa de no hablar con suficiente claridad.

La incapacidad de comprender bien las palabras puede engendrar la desconfianza e incluso tendencias paranoides. En todos los casos, esta incapacidad resulta molesta para la persona de edad que puede sentirse menos apta para comunicarse. El debilitamiento del oído puede perturbar también ciertas actividades como la audición de música o de la radio.

Las prótesis auditivas prestan grandes servicios a la mayoría de las personas afectadas de sordera, pero algunas, por molestias, demoran demasiado tiempo su empleo. Al igual que las gafas bifocales, la prótesis auditiva exige una cierta adaptación. La mayoría de las personas de edad se quejan de que este aparato torna irreales los sonidos, lo que es verdad hasta cierto punto puesto que gran parte de las prótesis auditivas prescritas y ajustadas por un profesional no amplifican toda la gama de frecuencias sino aquellas que se pierden. De ahí resulta a veces un sonido metálico bastante insólito. La distinción entre las voces femeninas y masculinas se vuelve también incómoda, porque la amplificación de las frecuencias altas modifica el timbre del sonido.

El timbre es una cualidad del sonido que todos conocemos

pero que resulta difícilmente definible. Fuentes sonoras de la misma frecuencia (tono) y amplitud (intensidad) resultan diferentes en la percepción, porque determinados armónicos de la onda sonora se hallan aumentados o amortiguados en razón de la naturaleza de la fuente. La diferencia entre el *do* medio de un piano y el de un clarinete, con intensidad igual, es debida al timbre. Cuando desaparece la capacidad de percibirlo, se pierde la posibilidad de reconocer las fuentes sonoras que se distinguen sobre todo por el timbre, pero esto no impide comprender claramente las conversaciones, aunque el sonido de la voz resulte menos agradable.

Los otros sentidos

Los otros sentidos cambian también con la edad. El gusto y el olfato tienden a disminuir. Paradójicamente, se reduce al mismo tiempo la tolerancia a los platos muy picantes. Estos cambios pueden perturbar la calidad nutritiva del régimen alimenticio. En efecto, cuando los alimentos pierden su gusto, el apetito desaparece al mismo tiempo. Diversas causas, entre las que figura la situación económica, el aislamiento, el esfuerzo y la depresión, a las que nos hemos referido en otro lugar, pueden sumarse a la atrofia del gusto y provocar unas carencias alimenticias. En BIRREN y SCHAIE (1977) puede hallarse un excelente informe, si bien un tanto técnico, de la evolución de los diversos sentidos.

La significación de los cambios sensoriales

Las líneas precedentes no deben hacer creer que las personas de edad sean medio ciegas, incapaces de leer y de conducirse, sordas, insensibles, incapaces de degustar, etc. Lo cierto es más bien lo contrario, porque la *mayoría* resultan perfectamente capaces de proseguir con normalidad sus actividades o, si es necesario, de compensar los efectos de las pérdidas que hayan podido sufrir de suerte que éstas queden reducidas a un mínimo. Varios de estos déficit no están necesariamente asociados al envejecimiento y pueden ser prevenidos. Se protegerá el oído, por ejemplo, sustrayéndole a los ruidos fuertes y continuos. También es probable que, con el desarrollo de la tecnología médica y de la distribución de los servicios sanitarios, incluso los cambios inherentes al envejecimiento sean atajados de

manera significativa gracias a los progresos de los conocimientos y de las intervenciones de la medicina.

La rapidez y la coordinación

De la misma manera que las dificultades sensoperceptivas aumentan con la edad, las relaciones con el empleo de los datos sensoriales en la realización de una tarea que exige rapidez y coordinación se incrementan también. La mayoría de estas dificultades proceden de la pérdida de velocidad de las reacciones y de una disminución de la coordinación. Asimismo juega un papel el debilitamiento debido a la pérdida gradual de la masa muscular. Puede, pues, verse afectada la capacidad de entregarse a ciertas actividades difíciles y fatigosas y, sobre todo, la de mantenerlas. Aunque quepa paliar estos inconvenientes mediante la planificación y la preparación, subsiste la posibilidad de que los déficit de la motricidad (pérdida de velocidad, debilitamiento y pérdida de coordinación) tengan una incidencia sobre la vida cotidiana, puesto que perturban la realización de las tareas ordinarias.

Sin embargo, el aumento de los tiempos de reacción y de toma de decisión puede ser función de la situación o de las condiciones de aprendizaje. Por ejemplo, varias investigaciones han demostrado que la diferencia en la velocidad de respuesta entre las personas de edad y las más jóvenes disminuye considerablemente cuando aumenta la intensidad del estímulo.

Estas investigaciones han demostrado, en efecto, que unas y otras se benefician de la mejora de las condiciones de la experiencia, pero que los sujetos que presentan déficit son también aquellos en quienes esta mejora da lugar a progresos más marcados. La mayoría de los programas de ayuda a los minusválidos de todo género proporcionan resultados análogos: las mejoras hacen disminuir las diferencias. Los estudios de SPIRDUSO (1975) y, más recientemente, los de SPIRDUSO y CLIFFORD (1978) demuestran, en efecto, que las personas de edad activas son, en varios campos, superiores a las personas más jóvenes inactivas.

En este momento, es muy difícil saber hasta qué punto la diversidad entre los tiempos de respuesta que se observa se deba a la diferencia entre las generaciones, a la falta de práctica o a algún otro factor, porque no se dispone de los datos necesarios. Ciertos investigadores sostienen que los tiempos de reacción pueden ser mejorados mediante el reforzamiento y la práctica (*v.g.* HOYER, LABOUVIE y BALTES, 1973), pero hay pocos estudios sistemáticos que permitan precisar las variables que contribuyen al mantenimiento, la mejora o la rapidez.

Según una revisión reciente de la literatura, efectuada por WELFORD (1977), la mayoría de las indicaciones sobre las relaciones entre el envejecimiento y el declive de la fuerza muscular, de la rapidez y de la coordinación, inducen a creer que los que descienden son los *límites superiores.* Y como los esfuerzos exigidos por la mayoría de las tareas ordinarias siguen estando muy dentro de esos límites, el efecto de las pérdidas quizá sea desdeñable. En realidad puede pasar casi desapercibido, mientras que no se torne extrema la diferencia con un estado anterior. Este hecho recuerda la hipótesis de la discontinuidad de BIRREN según la cual las evoluciones graduales no se advierten en tanto no alcancen un punto crítico. WELFORD (1977) y BROMLEY (1974) señalan que lo que está en juego no es tanto la pérdida de velocidad de la respuesta como el aumento del tiempo necesario para la decisión. Como la mayor parte de las tareas estudiadas por WELFORD y por BROMLEY no exigían un máximo de rapidez o de fuerza, por un lado, y como, por otro, son las actividades nuevas más que las familiares las que corren el riesgo de sufrir un aumento del tiempo necesario para la decisión, el efecto global sobre las tareas habituales puede ser completamente insignificante.

El tiempo es una variable crítica. A medida que aumenta el asignado a la planificación, la programación y la interpretación de las señales, disminuyen las diferencias entre las personas jóvenes y las de más edad; de hecho los sujetos más viejos se vuelven más precisos si no más productivos que los jóvenes. En consecuencia, el mantenimiento entre las personas de edad de una tasa deseable de rendimiento implica que es necesario prolongar el tiempo consagrado a la planificación y a la preparación de las tareas. El aumento de las dificultades de la motricidad y de la coordinación, asociadas al envejecimiento no está por lo general ligado a una disminución real de las señales o de los elementos de la respuesta, sino más bien al tiempo requerido por el tratamiento central. Cabe que este hecho sea, en buena parte, debido a la tendencia a tornarse con la edad más prudente y más conservador (BOTWINICK, 1966).

La memoria

Las recientes revisiones de la investigación sobre el envejecimiento y la memoria dan cuenta de un modelo de la misma que comporta tres etapas: la entrada de datos, la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo (ARENBERG, 1973; CRAIK, 1977; ELIAS, ELIAS y ELIAS, 1977).

Las pérdidas más importantes de memoria parecen sobrevenir en la etapa de la entrada de datos o de la fijación de las impresiones sensoriales. Esta conclusión se basa en las investigaciones que muestran que el aumento de la velocidad de presentación de los objetos que hay que memorizar produce, en las personas de edad, un efecto extremadamente negativo. Varios investigadores (*v.g.* CANESTRARI, 1963; EISDORFER, AXELROD y WILKIE, 1963; ARENBERG, 1965) han efectuado trabajos en este sentido y descubierto que, cuando aumenta el tiempo de presentación (velocidad reducida), las personas de edad se benefician más que los jóvenes de esta circunstancia.

EISDORFER (1968) ha elaborado un modelo que ha dado lugar a numerosas experiencias distribuidas a lo largo de una decena de años (EISDORFER, 1965, 1968; EISDORFER, NOWLIN y WILKIE, 1970; WILKIE y EISDORFER, 1977; WILKIE, EISDORFER y NOWLIN, 1976). En resumen, EISDORFER sostiene que los errores de omisión (no responder o decir "no sé") corresponden, en parte importante, a los efectos negativos debidos a la aceleración de la presentación en el caso de los sujetos de edad. Es posible que los ancianos digan "no sé" porque sienten demasiada impaciencia al responder, ya que en efecto la excitación de ellos es superior a la de los jóvenes. Cuando se hace bajar el nivel de excitación con ayuda de inhibidores (lo que se comprueba por la tasa de ácidos grasos en el torrente sanguíneo), las personas de edad cometen menos errores de omisión y sus resultados mejoran.

Cabe igualmente estudiar la memoria considerando por separado la memoria a corto y a largo plazo. La primera ha sido a menudo estimada como la víctima del envejecimiento, mientras que la segunda era considerada como menos afectada. Algunos creen, en efecto, que la memoria de los acontecimientos del pasado parece mejor en las personas de edad que en las más jóvenes. Pero este fenómeno puede ser debido a la práctica y a la diferencia de edad en el momento de la experiencia. El hecho de que la abuela guarde vivo el recuerdo del quinto aniversario del nieto puede hacer creer que su memoria es mejor, pero la diferencia puede residir en que ambos no tenían la misma edad cuando se produjo este acontecimiento. También es posible que haya reavivado sus recuerdos mirando fotografías en un album familiar o hablando a menudo con otros miembros de la familia.

CRAIK (1977) ha examinado tres estudios detallados que llegan a la conclusión de que la memoria a largo plazo y la memoria a corto plazo resultan inferiores en los sujetos de edad (SCHOENFIELD, 1972; BAHRICK, BAHRICK y WITTLINGER, 1975; WARRINGTON y SANDERS, 1971). En el estudio de SCHOENFIELD, el recuerdo de los nombres de profesores de segunda enseñanza, pasa de 67% en los sujetos de 20 años, al 45% en los de más de 70. BAHRICK y sus colaboradores (1975) han descubierto que un gran número de parámetros ligados a la memoria, entre otros el recuerdo libre y la capacidad de reconocer y de emparejar los nombres y los rostros en el anuario del instituto de segunda enseñanza, se reducen con la edad. Parece, pues, probado que la memoria disminuye con la edad para todos los parámetros: entrada de datos, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo.

En los estudios recientes ya no se trata de hacer aprender de memoria una lista de logotipos (sílabas desprovistas de sentido) y estudiar el recuerdo simple, sino de analizar la memoria de reconocimiento y los mecanismos que explican el funcionamiento de la memoria. Un enfoque relativamente nuevo, elaborado en psicofísica y conocido bajo el nombre de "teoría de la detección de las señales" preside la mayor parte de los trabajos en este campo (GREEN y SWETS, 1966). Han aparecido ya diversos estudios que emplean este enfoque (CRAIK, 1969, 1971; GORDON y CLARK, 1974), pero sus resultados no concuerdan.

La teoría de la detección de las señales permite evaluar separadamente la potencia de la memoria y el modo de respuesta. Por modo de respuesta se entiende la forma de los errores que comete el sujeto, según que sea incapaz de reconocer las palabras que ha visto ya (error) o que crea reconocer palabras que no ha visto (tasa de afirmación errónea o TAE). Los anteriores estudios sobre la memoria y el envejecimiento no tomaban en consideración el posible efecto de las conjeturas (modo de respuesta) sobre los niveles obtenidos en los tests de memorización por reconocimiento. HARKINS, CHAPMAN y EISDORFER (1979)

han empleado este método en un estudio realizado con mujeres de edad y jóvenes; han descubierto que, incluso teniendo en cuenta la desviación de las respuestas, el grupo de edad acusaba un déficit en la capacidad de reconocer las palabras. Han advertido también que los medios empleados por los sujetos de edad son muy diferentes de los que utilizan los jóvenes. Las mujeres de edad presentan una menor probabilidad de desviación, lo que hace disminuir el número de errores cometidos, pero aumentar el de las omisiones. Estos resultados confirman la hipótesis de BOTWINICK (1966), según la cual las personas de edad dudan en responder hasta que no están seguras de poseer la respuesta adecuada.

COLLINS (1978) aplicó la teoría de la detección de las señales al estudio de las diferencias entre los ezquizofrénicos jóvenes y las personas de edad. Esta investigación se basaba en la existencia de un déficit de memoria que resultaría observable en ambos a la vez. La teoría de la detección de las señales permitiría, pues, examinar la naturaleza exacta de la pérdida. Un análisis más profundo de estos datos (HARKINS, COLLINS, RIEDEL y EISDORFER, 1979) ha mostrado que los sujetos de edad obtienen menos resultados buenos que los sujetos jóvenes, mientras que los déficit de recuerdo de los esquizofrénicos están limitados a las palabras dotadas de imágenes. Esta diferencia es constante y significativa en toda la muestra. El déficit resulta tan específico que podría servir de test para un diagnóstico.

En resumen, la pérdida de memoria es demostrable y está muy asociada a la edad. Por otro lado, la preparación y la utilización de medios mnemotécnicos simples (es decir agendas, listas de cosas que hay que hacer) deberían permitir a la mayor parte de las personas de edad consagrarse a sus ocupaciones sin demasiados inconvenientes.

La inteligencia

La inteligencia, tal como la definen los tests de inteligencia, disminuye con la edad (a partir de la mitad de la veintena; ver figura IV-1). La cuestión de la diferencia de inteligencia en razón de la edad, como del origen racial, suscita más controversias que cualquier otra. Sin embargo esta diferencia existe. Si no se consigue explicarla ello depende, o bien de la gerontofobia de los investigadores o bien de errores metodológicos. Todas las personas de edad no son unos disminuidos mentales y

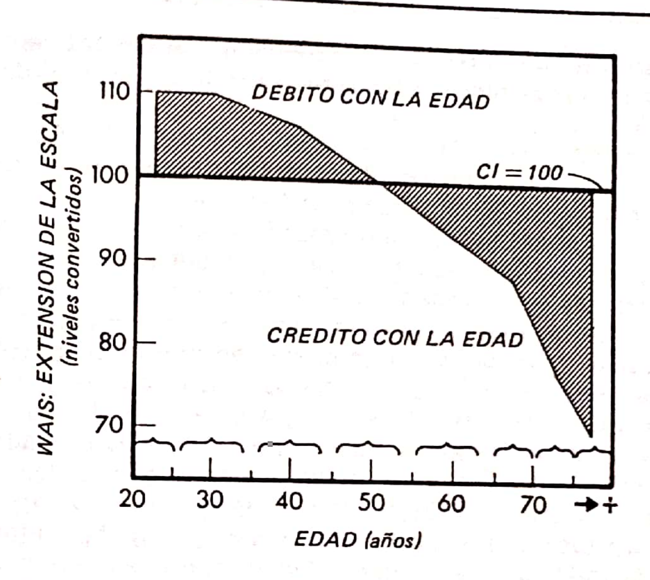


Figura IV-1: Niveles convertidos en función de la edad. (Datos obtenidos a partir del manual de WAIS. Wechsler, 1965.)

las diferencias que han podido apreciarse entre sujetos jóvenes e individuos más viejos se han revelado ligadas a diversos factores *externos*. La dificultad consiste en precisar la naturaleza exacta de la pérdida, lo que contribuye a su aceleración y reducción, así como los medios que hay que emplear para paliar los efectos negativos.

Entre los factores externos susceptibles de afectar a los resultados obtenidos en los tests de inteligencia cabe citar: la diferencia de escolarización entre las generaciones, la rapidez de las respuestas en los tests cronometrados, el conservadurismo, la falta de hábito con los tests, las privaciones de todo género, los déficit sensoriales o de otro tipo.

HOYER, LABOUVIE y BALTES (1973) han demostrado que, si se refuerza la aceleración del tiempo de respuesta (rapidez) en las personas de edad, sus niveles se mejoran. Se sabe que la prolongación del tiempo de respuesta en los ancianos es real; puede, pues, que sea necesario recurrir a reforzamientos numerosos cuando los sujetos presentan un tiempo de respuesta muy largo y cuando además dudan en la elección de su respuesta. Los trabajos de SCHAIE, a los que nos referiremos más adelante

han mostrado que la reducción de velocidad no es enteramente un artificio metodológico, sino que procede en realidad del envejecimiento.

BALTES, LABOUVIE (1973) y RIEGEL y RIEGEL (1974) proponen otra interpretación del descenso de los resultados en los tests, a partir de estudios que muestran que estos niveles se reducen durante el período que precede a la muerte, incluso en ausencia de una evolución física significativa concomitante. Los niveles de los sujetos fallecidos en el espacio de uno o dos años después de la aplicación del segundo test acusan, en efecto, una baja significativa en comparación con la de los sujetos que han sobrevivido. Estos resultados autorizan a creer que, en ausencia de cambios patológicos debidos a una enfermedad, la inteligencia tiende a permanecer relativamente estable a lo largo de toda la vida. Este "derrumbamiento terminal" de la inteligencia es el que hace bajar las medias del grupo, aunque los únicos sujetos que presenten una disminución real sean los que han alcanzado la fase terminal. Un gran número de estudios coinciden en destacar el impacto de una enfermedad sobre los estados psíquicos (*v.g.* HOLMES y RAHE, 1967; LESHAN y GASSMAN, 1958). El concepto de derrumbamiento terminal parece pues hallarse apoyado por los trabajos de investigadores pertenecientes a campos muy diversos.

SCHAIE, BALTES y los planes secuenciales

Las dos grandes posiciones teóricas en este terreno se hallan representadas por K. Warner SCHAIE y Paul B. BALTES de un lado y del otro por Jack HORN y G. DONALDSON (HORN y DONALDSON, 1977; BALTES y SCHAIE, 1974; SCHAIE, 1974). SCHAIE, BALTES y sus colaboradores han hecho aparecer numerosos estudios sobre la evolución de la inteligencia durante el envejecimiento, así como sobre la metodología de los planes de investigación destinados a evaluar la naturaleza exacta de las diferencias evolutivas. Los trabajos de SCHAIE, en especial, tratan de distinguir la influencia del grupo, del momento de la recogida de datos y de la edad propiamente dicha, así como precisar la parte que corresponde a cada uno de estos factores. Los planes de investigación que ha elaborado son denominados "secuenciales" y combinan los elementos propios de los métodos transversal, longitudinal y regresivo (ver el Apéndice). Considerado separadamente, cada uno de estos métodos presenta

un inconveniente: los efectos del tiempo, de la edad y del grupo se confunden, de modo que no es posible decir exactamente lo que causa las diferencias que se aprecian, ni la importancia relativa de cada una. SCHAIE prosigue sus investigaciones desde hace unos 30 años y, como añade un gran número de nuevos sujetos a cada comprobación de su antigua muestra, el *corpus* sobre el que trabaja en la actualidad es bastante amplio.

El test de inteligencia que emplea SCHAIE es el *Primary Mental Abilities* (THURSTONE, 1938; THURSTONE y THURSTONE, 1950). Este test presenta la ventaja de haber sido elaborado con la ayuda de las técnicas estadísticas del análisis factorial, de modo que mide diversos aspectos de la inteligencia relativamente independientes unos de otros. Los trabajos de SCHAIE se refieren, pues, a varios componentes o aspectos de la inteligencia y no sólo a uno o dos. Presentamos los datos de tres componentes analizados por SCHAIE porque interesan muy especialmente a quienes estudian el proceso del envejecimiento; estos componentes son el razonamiento verbal, la rapidez de la respuesta y las aptitudes para la instrucción.

El test de razonamiento verbal mide la extensión del vocabulario. Los antiguos análisis transversales revelaban que hacia el final de la veintena o al comienzo de la treintena se inicia una abrupta caída en la capacidad de razonamiento que prosigue durante toda la vida. ¡Basta reflexionar un poco para llegar a la conclusión de que empezamos a olvidar palabras a partir de los 25 o los 30 años, lo que resulta perfectamente ridículo! Aunque esta conclusión sea totalmente desmentida por la experiencia, numerosos psicólogos han propagado estos resultados durante años; ¡Tal vez se imaginaban que ellos constituían una excepción a la regla! En realidad, estos datos obtenidos por el método transversal nos inducen a error, puesto que se confunden las diferencias debidas a la edad y a la cohorte. Lo que muestran es que las generaciones jóvenes más recientes obtienen unos niveles más elevados porque se han mejorado las aptitudes verbales, sin duda como consecuencia de los progresos de la escolarización. Pero el cuadro cambia de forma radical cuando son eliminados los efectos de cohorte y los demás artificios contenidos en los datos que no se hallan directamente relacionados con el envejecimiento. Según SCHAIE, la capacidad verbal continua desarrollándose hacia los postreros años de la vida para disminuir después lentamente. De hecho, se advierte que en lugar de degenerar a partir de los 25 años,

las personas llegadas a los 70 años no han retrocedido, por lo general, al nivel alcanzado a los 25. Este cuadro es evidentemente mucho más optimista.

La velocidad de respuesta, es decir el tiempo necesario para reaccionar ante un estímulo simple, aumenta incluso cuando se la estudia con la ayuda de un plan secuencial. Esta serie de datos podría en realidad interpretarse fácilmente como una diferencia positiva de cohorte, siendo superior en las generaciones anteriores la estabilidad de la velocidad de respuesta. Esta interpretación se basa en el hecho de que la reducción de niveles manifestada por los recientes análisis secuenciales es más fuerte y más rápida que la señalada en los estudios transversales más antiguos. Al compilar los resultados globales de los tests de inteligencia, se advierte que la reducción de la velocidad de respuesta se halla compensada por el aumento de las capacidades verbales, lo que proporciona unos niveles de test de inteligencia estables durante toda la vida, incluso cuando el análisis sigue un plan secuencial. La rapidez reviste importancia por el hecho de que muchas de las investigaciones referidas en la literatura empleaban tests colectivos en vez de individuales, y aquéllos otorgan más importancia al factor tiempo. La razón de la reducción acusada por los estudios transversales puede pues explicarse, al menos en parte, por el hecho de que las exigencias de rapidez constituían un obstáculo para las personas de edad. Los tests cronometrados otorgaban a los ancianos unos resultados más débiles en los tests de inteligencia mientras que la causa de la caída de los niveles no dependía de la inteligencia sino de la velocidad de respuesta.

Una de las conclusiones más estimulantes a las que llegan las investigaciones de SCHAIE es que resulta posible aprender durante toda la vida. El éxito en los estudios se halla en relación directa con el nivel del test de THURSTONE, *Educational aptitude*, que se calcula sumando el nivel del razonamiento al nivel verbal multiplicado por dos. Los niveles elevados obtenidos por las personas de edad indican que conservan la capacidad de aprender hasta una edad avanzada. Aquellos que entre nosotros enseñan a adultos, se han sentido impresionados por los éxitos conseguidos por las personas de edad madura que retornan a los estudios tras haber criado a una familia o después de la jubilación o incluso porque quieren prepararse para acometer una nueva carrera. Cabría incluso la tentación de repetir la célebre frase de George Bernard SHAW: dejar la juventud a los jóvenes es malgastarla. Y añadir: y también los estudios...

La inteligencia cristalizada y la inteligencia fluida: CATTELL y HORN

Los trabajos de HORN, que representan un punto de vista distinto sobre la cuestión, han suscitado debates muy fecundos. Estos trabajos son empíricos tanto como teóricos, pero nos dedicaremos más bien a su aspecto teórico pues éste es el que más se aleja de los datos presentados por SCHAIE y BALTES. Se inspiran en estudios realizados por R. G. CATTELL en la Universidad de Illinois (1963). CATTELL propone la existencia de dos formas de inteligencia, una "fluida" y otra "cristalizada". La inteligencia fluida representa la forma de inteligencia capaz de resolver los problemas nuevos y la inteligencia cristalizada la que aplica a la situación presente la acumulación de las experiencias anteriores. La inteligencia fluida, que depende de la capacidad de evolucionar y de adaptarse rápida y eficazmente a las situaciones nuevas, disminuiría con la edad mientras que la inteligencia cristalizada, ligada a la acumulación de la experiencia, aumentaría con los años (ver fig. IV-2). HORN y CATTELL publicaron en 1966 una batería de tests elaborados con el ob-

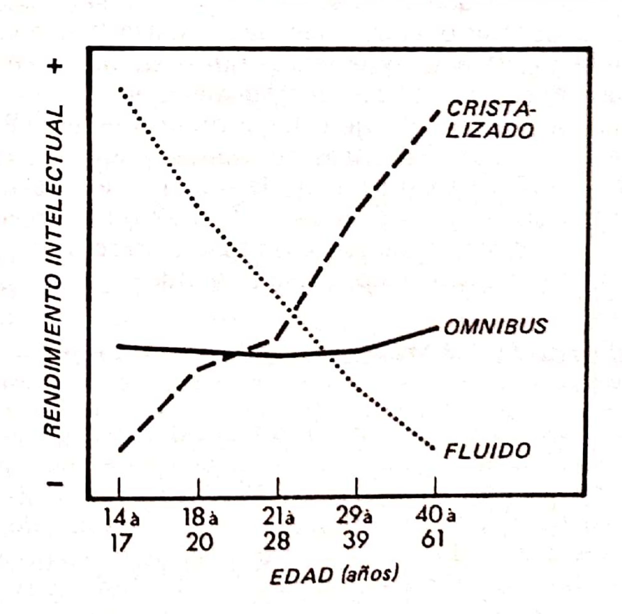


Figura IV-2: Rendimiento intelectual en función de la edad y de la fluidez (según HORN y CATTELL, 1967).

jeto de medir estas capacidades diferentes (HORN y CATTELL, 1966) y un año más tarde, unos datos sobre los cambios imputables a la edad, revelados por esta batería de tests (HORN y CATTELL, 1967).

Es interesante advertir que HORN y SCHAIE, a menudo señalados como los representantes de dos posiciones diametralmente opuestas, utilizan ambos datos tratados por el método de análisis estadístico factorial. HORN (1970) presenta un análisis de los datos ya recogidos por CATTELL y por él mismo (1967), que indica el aumento, a lo largo de la vida, de las formas cristalizadas de la inteligencia, acompañado de la disminución de las formas fluidas. Emplea además una medida denominada "ómnibus", es decir una combinación de las formas fluida y cristalizada cuya evolución recuerda la de los niveles de inteligencia global contenidos en los datos de SCHAIE y WECHSLER. La teoría subyacente es semejante a la que sustenta la mayor parte de los trabajos de CATTELL, pues abarca, a la vez, factores psicológicos, biológicos y sociales. Supone que la reducción de las capacidades fluidas está ligada a ciertas dimensiones neuropsicológicas subyacentes y que éstas se hallan determinadas por la genética. Por el contrario, la inteligencia cristalizada se encuentra íntimamente ligada a la experiencia que a su vez se relaciona estrechamente, no sólo con el tiempo vivido, sino también con las ventajas de las que el sujeto haya podido beneficiarse. Siguiendo el análisis de los datos de SCHAIE y BALTES, HORN y DONALDSON (1977) han formulado la opinión de que tales datos presentan una disminución de las formas fluidas desatendidas por los autores; han manifestado asimismo reservas, por razones de orden metodológico, sobre su validez.

Los estudios de TERMAN sobre la vida de los niños superdotados

En 1921 Lewis TERMAN inició un estudio de sujetos superdotados que habría de durar varias decenas de años. Sus dos muestras de partida, escogidas en 1921-23 y en 1927-28, se componían de chicos superdotados hasta un total de 1.528. TERMAN les siguió durante numerosos años y les aplicó una exhaustiva batería de tests en 1936, 1940 y 1945. Sus resultados muestran que, de una manera general, casi todos los rasgos deseables (salud física y mental, fuerza física, éxito, renombre, etc.) se hallan en relación directa con el CI (cociente intelec-

tual). Este estudio enterró finalmente el prejuicio según el cual los genios eran seres extraños, afligidos de todo género de anomalías corporales y mentales.

En 1947, TERMAN y ODEN publicaron *The Gifted Child Grows Up: Twenty-Five Years' Follow-up of a Superior Group.* En un capítulo de este libro, que cuenta con estadísticas muy detalladas, Quinn McNEMAR analiza la diferencia entre los resultados obtenidos por el grupo en la primera evaluación y en la de 1945. Partiendo de los resultados del test Stanford-Binet, comprueba que el CI desciende como promedio entre 8 y 10 puntos, hecho que atribuye, en la mayor parte de los casos, a errores de medición más que a una reducción real del CI. Esta conclusión condujo a TERMAN a insertar al final del capítulo una nota en la que añadía que esta caída era en realidad menos importante y que, de todas maneras, resultaba imputable a las dificultades de evaluación. Así pues, y desde las primeras investigaciones de TERMAN sólo se registró una disminución débil de los niveles globales del test de inteligencia Stanford-Binet. Pese a esto ha persistido largo tiempo la idea de que la inteligencia se pierde con el paso de los años.

Las dificultades de la investigación sobre la inteligencia y el envejecimiento

Las investigaciones en este campo, no sólo tropiezan con la dificultad de distinguir variables como la edad, la época de las observaciones y la influencia del grupo, sino también con los obstáculos con que chocan en general las investigaciones longitudinales. Desde luego el espacio disponible no nos permite exponer aquí todas las variables que pueden perturbar la buena marcha de un estudio destinado a desarrollarse a lo largo de un gran número de años. Examinaremos, sin embargo, ciertos problemas a fin de proporcionar al lector una idea de la cuestión. Por lo demás y en el capítulo consagrado a la metodología de la investigación podrá hallarse una exposición más amplia.

Un estudio longitudinal se extiende a lo largo de un período de tiempo muy extenso, durante el cual sobrevienen todo género de hechos que tienen una incidencia sobre las experiencias pero que escapan por completo a la voluntad del investigador. La evolución de los tests, los cambios de personal y los acontecimientos históricos son otros tantos factores que obligan al investigador a tomar decisiones a menudo muy difíciles.

Por ejemplo, es posible que escoja un test que parezca excelente al principio, pero que luego sea suplantado por otro distinto o por una versión mejorada del mismo test. Con objeto de asegurar que sus resultados sean comparables, el investigador deberá optar por aplicar de nuevo el mismo test, pero eso quiere decir que empleará quizá entonces un test que ya no se utiliza. El personal varía también a medida que los estudiantes se licencian y se marchan. Si el nuevo técnico es hombre en vez de mujer, si es bien parecido en vez de ofrecer un aspecto vulgar, cordial mientras que el antiguo se mostraba distante, extranjero o de una raza diferente, etc., todo esto tendrá con seguridad una incidencia sobre los datos. La motivación de los sujetos variará también según esté en alza el prestigio de la universidad y de la investigación.

Entre las variables que han retenido la atención de los autores interesados por la investigación sobre la inteligencia y el envejecimiento, cabe citar el desgaste selectivo. Con el tiempo, ciertos sujetos dejan de participar en la experiencia. Estos abandonos pueden estar relacionados con las variables del estudio o ser perfectamente ajenos a éstas. Se plantea entonces la cuestión de saber si conviene reemplazar a los sujetos que se eliminan. La respuesta no es sencilla porque si la razón del abandono no está relacionada con las variables estudiadas, los datos no se resentirán con el reemplazamiento. Por el contrario, si los abandonos están motivados por razones ligadas a las variables estudiadas, el efecto puede ser positivo o negativo. Por ejemplo, si se trata de evaluar el estado de salud durante la vida de los sujetos se descubrirá quizá que los que dejan de presentarse son precisamente los enfermos o los que han muerto. Este hecho constituye un factor positivo de selección que puede proporcionar unos datos indicadores del incremento de la salud con el envejecimiento. Por otra parte, el peso se halla en relación inversamente proporcional a la longevidad, de suerte que el peso medio en una muestra puede disminuir en razón de que los sujetos obesos tienen una tasa de mortalidad más elevada que los demás. La situación se complica aún más con el hecho de que la diferencia entre los grupos puede tener una incidencia diferencial sobre las variables (véase Baltes, 1968). Los efectos de esta naturaleza resultan extremadamente complejos y exigen unas investigaciones a largo plazo y muy meticulosas.

La resolución de los problemas

En una revisión de las investigaciones sobre la cognición y el envejecimiento, redactada en 1973, Arenberg anunciaba que, a pesar del escaso trabajo efectuado en este campo, otorgaría un amplio lugar a la resolución de los problemas en razón de la importancia de esta cuestión. Cuatro años más tarde, Rabbit (1977) se queja de que se ha escrito muy poco sobre la resolución de los problemas y el envejecimiento.

Rabbit previene contra el simplismo ingenuo de quienes, al abordar la cuestión de la resolución de los problemas en los adultos a la luz de las teorías de Piaget, parecen adelantar que la evolución de la que viene acompañado el envejecimiento no es ni más ni menos que la imagen especular del desarrollo inicial. Esta actitud es la de Storck, Looft y Hooper (1972) quienes mantienen en sus conclusiones que el "desarrollo normal" a una edad avanzada va en sentido inverso de las adquisiciones en el niño.

El trabajo de Piaget sobre los niños es actualmente objeto de controversia, puesto que algunos de los cambios que describe parecen ser, en parte, debidos a la naturaleza del problema presentado, a las instrucciones dadas y al marco en el que se desarrollan las experiencias. Si estas variables constituyen en realidad la causa principal de las diferencias entre los niños, podrían también influir sobre los cambios o "inversiones" ya observados durante su utilización con sujetos de más edad.

Uno de los problemas que suscita este tipo de investigación con personas de edad reside en el carácter fútil o esotérico de algunos tests. Con frecuencia, el sujeto de edad recibe una serie de fichas y observa que le piden que efectúe una tarea totalmente desprovista de interés. Arenberg (1973) cree que este artificio de laboratorio explica una gran parte de las diferencias observadas entre los sujetos jóvenes y los de edad.

Se halla relativamente bien comprobado (Rabbit, 1977) que los sujetos de edad no sólo tienen menos éxito que los jóvenes en la resolución de los problemas planteados, sino que utilizan de forma diferente la información obtenida y no aprovechan igualmente las instrucciones del comienzo y la retro-información. En realidad, no parecen capaces de filtrar las informaciones no pertinentes y pueden formular muchas preguntas redundantes o fuera de lugar. Arenberg (1973), en su revisión de las obras de Wetherick (1966) y de otros autores, llega a la con-

clusión de que las personas de edad cometen numerosos errores de interpretación, tomando las indicaciones negativas por positivas. Esto no quiere decir que su comportamiento sea rígido, sino más bien que resulte falsa la interpretación de la información. No se trata tampoco de que sus creencias hayan quedado fijadas de una vez por todas. Parece más bien que los sujetos no perciben las nuevas indicaciones que normalmente les harían cambiar de opinión, demostrándoles su error. En esta óptica, lo que provoca la rigidez es la incapacidad para tratar la nueva información.

Esencialmente, las investigaciones efectuadas hasta ahora demuestran que, en términos de comparación con los sujetos más jóvenes, los ancianos son menos aptos para organizar e integrar la información; ésta es la razón principal de que no tengan tanto éxito en las tareas de resolución de problemas. También desempeña un papel la ausencia de motivación debida a la futilidad de las tareas y al tedio que provocan. Las investigaciones relativas a la incapacidad de modificar posteriormente la elección de una táctica tienden a apoyar el concepto de la cristalización de la inteligencia anteriormente presentado.

Metacognición

Se denomina metacognición a la conciencia que tienen los sujetos de sus funciones mentales (Flavell, 1979, 1981). Desde hace un cierto tiempo, los autores comienzan a manifestar un interés creciente por esta forma de conciencia que se acompaña del sentimiento de poseer un control sobre las propias funciones cognitivas (Lefebvre-Pinard y Pinard, 1982). La mayoría de los investigadores consagran sus estudios a los medios por los que el sujeto se esfuerza en mejorar los resultados que obtiene en la realización de tareas intelectuales (ver Meichenbaum, 1980). Estos investigadores suponen que la memoria y la inteligencia, por ejemplo, están ligadas al comportamiento a través de mecanismos conscientes que nos permiten darnos cuenta del modo en que actuamos y pensamos así como ejercer una cierta forma de autorregulación. No ven en el ser humano una víctima que sufre pasivamente las consecuencias de sus defectos, sino que, por el contrario, señalan que es capaz de sacar partido de sus ventajas y de compensar los efectos de sus debilidades mediante medidas apropiadas (Lefebvre-Pinard y Pinard, 1982).

La naturaleza de la metacognición y el papel que desempeña han dado ya, desde luego, lugar a discusiones teóricas de una considerable amplitud. Sin embargo, las investigaciones sobre las aplicaciones de la teoría metacognitiva se hallan aún en sus comienzos y se refieren, en la mayoría de los casos, a la adquisición de las capacidades metacognitivas por parte de los niños, capacidades que les permiten utilizar unos mecanismos autorreguladores para mejorar los resultados que obtienen en la realización de diversas tareas de orden cognitivo. Las investigaciones sobre la metacognición deberían acelerarse en un futuro inmediato y hallar una aplicación en el desarrollo de técnicas adecuadas para permitir a las personas de edad compensar los déficit cognitivos a los que nos hemos referido en la primera parte de este capítulo.

Creatividad

Las investigaciones relativas a la creatividad en el curso de la vida han estado referidas, la mayor parte de las veces, a la *cantidad* de obras producidas más que a su calidad. Lehman (1953) realizó funciones de pionero al interesarse por la calidad más que por la cantidad. En su estudio sobre el porcentaje de obras de calidad producidas por personajes célebres en diversos momentos de su vida, descubrió que los años más productivos son los de la treintena, tras la cual la calidad de la producción disminuye de una forma bastante regular.

Utilizando otro enfoque, Dennis (1966) cuenta el *porcentaje de la producción total* por decenio de personajes célebres reagrupados según sus campos de intereses y obtiene los resultados de la figura IV-3.

En el terreno de las artes y las ciencias la curva presenta una cima inicial seguida de una caída, mientras que se alza de una manera casi constante en el campo de las humanidades. Este fenómeno es atribuible, en parte, al hecho de que el período necesario de preparación antes de poder realizar un trabajo válido es más largo en los científicos. Cabe también que a los investigadores conocidos les resulte más fácil que a los jóvenes conseguir la publicación de sus trabajos, que les sea más sencillo imponerse tras su primer éxito. Es, sin embargo, importante considerar las vastas diferencias individuales que deben existir en estos datos. Piénsese en Picasso y en la enorme producción del final de su vida. Churchill y muchos otros se mostra-

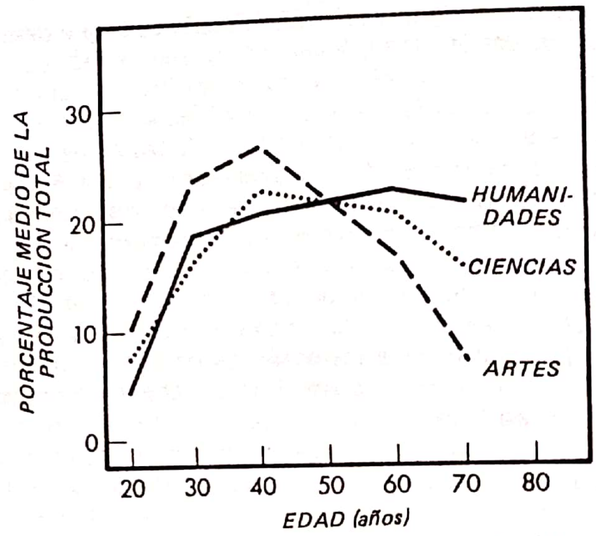


Figura IV-3: Porcentaje de la producción global en función de la edad. (Las Humanidades, las Ciencias y las Artes se hallan representadas por ciertas disciplinas.) (Adaptada y reproducida con la autorización de DENNIS, *Journal of Gerontology*, 1966.)

ron también productivos hasta los 80 ó 90 años. La creatividad es, desde luego, un producto del cerebro pero también es un estado de espíritu.

Emociones, motivación y personalidad

Resultan numerosos los clichés sobre afectividad, motivación y personalidad de las personas de edad. ¿Son más o menos emotivas que los jóvenes? ¿Se hallan más motivadas por el trabajo? ¿Difieren sus sentimientos interiores y la estructura de su personalidad de los que tienen los jóvenes?

Las respuestas a estas preguntas se hallan intrínsecamente limitadas por la necesidad de distinguir la diferencia entre las cohortes o generaciones por un lado y la evolución debida a la edad o a la maduración por otro. Por desgracia estas importantes cuestiones rara vez han sido sometidas a un riguroso examen científico y la diferencia entre las cohortes sigue constituyendo un campo que resultará interesante explorar en el futuro. Sin embargo el presente estado de los conocimientos en este ámbito resulta estimulante, puesto que la literatura da cuenta de escasos efectos negativos.

La emoción

Aunque la afectividad ocupa un lugar importante en psicología, las principales revisiones de trabajos de investigación sobre gerontología recientemente aparecidos sólo la mencionan de pasada. El libro de BIRREN y SCHAIE (1977) y el de EISDORFER y LAWTON (1973) que totalizan 1.500 páginas, tan sólo se refieren muy brevemente a la afectividad. Sin embargo, es fácil evocar todo un conjunto de imágenes poco halagadoras que representan a las personas de edad como difíciles, irritables y a menudo desagradables o de humor melancólico. De la misma manera, son frecuentes en las personas de edad la depresión (que es un estado afectivo tanto como un síndrome) y el humor lábil (humor cambiante, a veces asociado al síndrome cerebral orgánico). ELIAS, ELIAS y ELIAS (1977) han consagrado no poco tiempo al tema de la "emoción", pero la han definido como un estado de excitación fisiológica; lo que no corresponde exactamente a lo que entendemos por "emoción", puesto que el amor, el odio, el júbilo, etc., pueden ser considerados como emociones parecidas desde el punto de vista de la excitación. No parece haberse estudiado la diferencia cualitativa entre los diversos sentimientos.

¿Resulta verdadera la imagen de las personas ancianas irritables y tristes? Si se considera más bien lo que ellas mismas dicen, parece, por el contrario, que disminuyen los estados afectivos negativos, mientras que tienden a estabilizarse los más positivos.

Hasta el presente, no existe prueba alguna de que la vida afectiva de los ancianos sea mejor o peor que la de los individuos más jóvenes. Cabe que los factores más importantes en juego sean parecidos a los que determinan la satisfacción general, la salud y los ingresos. La notable ausencia de las investigaciones en el campo de la afectividad y de su expresión en el adulto, exigirá un esfuerzo concertado durante los próximos años, porque numerosos estados negativos se hallan estrechamente relacionados con los desórdenes psicosomáticos, quizá incluso con el cáncer. Por lo que a este punto se refiere, varios investigadores (GREENE, 1954; LESHAN y WORTHINGTON, 1955, 1956; SCHMALE e IKER, 1966; KISSEN, 1963, 1969) han presen-

tado datos encaminados a demostrar que el *stress* prolongado, la represión de las emociones y la depresión se encuentran asociados con la aparición del cáncer. Sin embargo es imposible determinar si dichos estados constituyen el origen de la enfermedad, o bien si son su consecuencia natural. BIRREN y RENNER (1977) han realizado un trabajo sobre estos estudios y llegado a la conclusión de que son importantes, pero que suscitan problemas metodológicos. Por lo demás, el estudio más reciente tiene ya 10 años y ningún investigador parece haber recogido los datos necesarios para resolver los problemas metodológicos asociados a los estudios anteriores. En el campo de la afectividad, quizá en medida aún mayor que en cualquier otro terreno abordado en este libro, es donde se hace sentir más duramente la insuficiencia de las investigaciones.

Motivación

El estudio de la motivación se refiere habitualmente a los siguientes tres elementos: *a*) El móvil o el objetivo del comportamiento, *b*) El nivel de excitación del organismo y *c*) El estado fisiológico o psicológico que estimula al organismo y le impulsa a tender hacia un objetivo. He aquí cómo imaginan este proceso ELIAS y ELIAS (1977): una necesidad psicológica hace nacer una pulsión (un impulso) que da lugar a unas actividades dirigidas hacia fines específicos.

Aunque cabe esperar que los estudios sobre la motivación encuentren numerosas aplicaciones prácticas, como por ejemplo, los efectos de la motivación sobre la productividad en el trabajo, son pocas las investigaciones aplicadas sobre los seres humanos que hasta ahora han sido acometidas y la mayor parte de los investigadores en este campo se han contentado con estudiar las funciones esenciales en los animales. En su revisión de las investigaciones sobre el envejecimiento de los animales, JAKUBZAK (1973) hace notar que éstas carecen de organización.

El nivel de excitación

La primera etapa de todo estudio sobre la motivación consiste en examinar el nivel de actividad general o nivel de excitación. Parece bastante seguro que, con la edad, éste se reduce de manera bastante marcada en los animales y en los seres humanos. ELIAS y ELIAS (1977) han revisado la literatura sobre la psicología animal y han hallado que la carrera en la rueda de actividad, muy empleada para estimar el nivel de actividad general de las ratas, acusaba una disminución a partir de la madurez, es decir hacia los 2 años de edad. Sin embargo, sólo han logrado escasas conclusiones de los numerosos trabajos que han estudiado, por obra de la diversidad de los métodos y de las posiciones teóricas, y porque, en el momento de las experiencias, no fue controlado un número harto elevado de variables. Los estudios sobre el nivel de actividad general en los seres humanos revelan que en el trabajo y en las tareas obligatorias fuera de la casa los jóvenes son más activos que los ancianos, quienes suelen también pasar más tiempo descansando, leyendo y viendo la televisión (CHAPIN y BRAIL, 1969). La interpretación de estos resultados suscita considerables problemas, puesto que proceden de estudios "transversales" y en razón de este hecho pueden revelar entre las cohortes una diferencia más que una evolución debida a la edad. Incluso cabe que sean difíciles de interpretar los estudios longitudinales, ya que los niveles de actividad se hallan estrechamente ligados a la condición socioeconómica y a la instrucción así como a otras variables, más que al envejecimiento propiamente dicho.

El nivel de actividad general se mide, por lo común, mediante la observación directa y la interrogación de los sujetos acerca del género y del número de sus comportamientos. El nivel de excitación, por lo demás, es considerado generalmente como un *estado interno.* Se supone que un desplome general del nivel de excitación constituye el origen de la disminución de actividad en los sujetos de edad. Sin embargo existe una hipótesis contraria: EISDORFER (1967), por su parte, cree que los déficit de la actividad en las personas de edad son imputables a la elevación del nivel de excitación o sobre-estimulación.

Un cierto número de trabajos de investigación confirman la hipótesis de una insuficiencia de excitación. Varios de estos trabajos dan cuenta de una disminución de la capacidad de aprender nuevos comportamientos, bajo el efecto del condicionamiento clásico. Otras formas de experiencia, como las que consisten en hacer aprender al sujeto que modifique su reflejo psicogalvánico (RPG) y su ritmo cardíaco, revelan igualmente una disminución con la edad. En la hipótesis de la *sobre-estimulación* los investigadores creen que el nivel de actividad del sistema nervioso autónomo (SNA) se pone de relieve midiendo el ácido graso libre en la sangre (AGL) (ver BOGDONOFF, ESTES,

FRIEDBERG y KLEIN, 1961). Empleando el AGL como indicador de la actividad del SNA, EISDORFER (1967) ha elaborado una teoría según la cual la disminución de la actividad en las personas de edad es debida, en gran parte, a la *sobre-estimulación* del SNA. Tal vez sean verdaderas las dos teorías, la de la insuficiencia de excitación y la de la sobre-estimulación. Cabe, en efecto, que el nivel de excitación *general* y *potencial* de las personas de edad sea inferior, pero que éstas "sobre-reaccionen" a ciertas formas de *stress* en mayor medida que los jóvenes. Es igualmente posible que estas interreacciones hagan aumentar el AGL y que lleven la excitación hasta un nivel superior al general o habitual.

Normalmente parece haber acuerdo para afirmar que el nivel de excitación, al igual que el de actividad general, es inferior en los ancianos, pero lo que necesitamos es una serie completa de estudios para integrar los datos relativamente dispares y aislados que poseemos en la actualidad. La teoría de EISDORFER reclama nuevos estudios para que se sepa, por un lado, si la estimulación es relativa o general y, por otro, si la diferencia en la utilización de los lípidos que se manifiesta con la edad puede explicar, en parte, algunos de los resultados obtenidos.

El género de actividad

Hemos señalado anteriormente que los ancianos suelen tener actividades diferentes de las de los jóvenes. Numerosos estudios indican que, en conjunto, poseen menos actividades y que un porcentaje más elevado de éstas se sitúa en la categoría de "ocios", por oposición al "trabajo" o a las "obligaciones". ¿En qué medida las diferencias señaladas son debidas a la ocasión o a su ausencia? La cuestión es delicada. Indudablemente los jóvenes disfrutarían más de sus ocios si tuvieran tiempo y dinero, y los ancianos quizá trabajarían más si no se hubieran visto obligados a jubilarse, si no corrieran el riesgo de perder las prestaciones de la seguridad social o, en otros casos, si tuvieran mejor salud. De cualquier manera, no es perfecta la relación entre el nivel de actividad y la satisfacción. Algunos sujetos activos se sienten desgraciados, mientras que otros inactivos son relativamente felices. La realidad es que la satisfacción y el descontento se hallan aproximadamente repartidos por igual entre ambos.

Hasta que se conozcan mejor las relaciones que existen entre

los efectos de la cohorte, del momento de la recogida de los datos y de la edad, resulta probablemente razonable afirmar que la excitación general y la actividad disminuyen con la edad, al menos en lo que concierne a la presente cohorte de ancianos. Son necesarias una investigaciones más amplias si se quiere conocer la naturaleza de los déficit y sus relaciones con los otros déficit, en especial con las modificaciones del comportamiento de que da cuenta la literatura sobre el envejecimiento.

Cambios de la personalidad con el envejecimiento

La personalidad se define de muchas maneras. La definición más corriente es la de ALLPORT, formulada hace más de cuarenta años y que dice así: "La organización dinámica interna de los sistemas psicológicos del individuo que determinan su propio ajuste a su entorno" (1937* ALLPORT llegó a esta definición tras un minucioso estudio de 49 acepciones de las palabras "persona" y "personalidad", lo que explica, sin duda, que todavía posea una autoridad.

Las teorías sobre la personalidad se distribuyen en tres grupos: las teorías psicodinámicas (incluidas las de los freudianos y los neofreudianos), las teorías conductistas y las teorías humanistas. Simplificando mucho, podemos decir que los partidarios de la teoría psicodinámica insisten en los determinantes inconscientes e históricos de la personalidad; los conductistas, en las condiciones de aprendizaje y del entorno y finalmente los humanistas, en la libertad y en los objetivos de la persona. Hasta ahora, pocos autores han escrito sobre la personalidad de los ancianos, salvo quizá FREUD, cuyas interpretaciones son pasablemente pesimistas y quien estimaba que la personalidad adulta se halla invadida por el material inconsciente, hasta tal punto que las personas de edad son incapaces de evolucionar o de beneficiarse de una intervención terapéutica. Pese a que las teorías de la personalidad prestan poco interés al anciano, van a permitirnos sin embargo examinar los elementos que cada una pone de relieve.

ALLPORT concebía el desarrollo de la personalidad como un proceso continuo de diferenciación (ver la figura IV-4). Emplea la fórmula de LEWIN (1931) quien representaba la natura-

* La traducción es del autor.

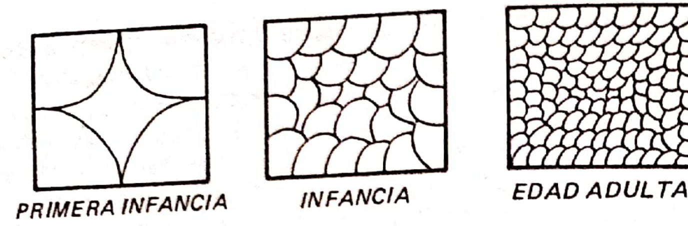


Figura IV-4: Diferenciación de los aparatos funcionales según ALLPORT, 1937.

leza de las estructuras internas con la ayuda de ilustraciones gráficas. Advirtamos que la personalidad del anciano se halla caracterizada por una complejidad o diferenciación más grande que la de los jóvenes. Esta diferenciación creciente se explica por la mayor experiencia de las personas de edad y por un mejor dominio de los impulsos.

Desde la aparición de la obra clásica de William JAMES (1890), psicólogos y sociólogos se han interesado por el concepto de la multiplicidad de los Sí*. Cada uno posee la capacidad de presentar diferentes Sí, según la situación en la que se encuentra. El Sí que se manifiesta en una situación determinada depende en gran parte de la percepción que el sujeto tiene de su cometido así como de las normas que lo gobiernan. Por ejemplo, incluso las personas que se muestran generalmente silenciosas, hablan más que las otras cuando se les asigna el papel de "animador" en un grupo. Lo que conviene a una situación no conviene necesariamente a otra. Si un profesor da un curso a sus alumnos, lo que esperan de él, su comportamiento, será percibido y considerado como normal, pero si se pone a discurrir sobre la investigación experimental en medio de una comida familiar (¡lo que por desgracia puede suceder en las familias de profesores!) su conducta corre el riesgo de ser mal acogida e incluso producir comportamientos de huida o de hostilidad por parte de la familia. Por lo común, las personas de edad tienen menos papeles que antaño y éstos les confieren también menos poder e importancia, lo que modifica su comportamiento y su propia percepción. Sucede así porque la concepción de nuestro Sí procede, en gran parte, de la forma en que los demás reaccionan ante nosotros en los diversos papeles que asumimos, es decir ante nuestro "Sí especulario", según la expresión de George

* En francés *Soi* = Sí, Sí mismo. *(N. del T.)*

Herbert MEAD (1953). La idea que nos hacemos de nuestro propio Sí se halla, pues, influida por nuestra historia personal, así como por las circunstancias particulares que determinan en parte los papeles que desempeñamos y las reacciones de otros.

Teniendo en cuenta que la personalidad adulta difiere de la personalidad joven, conviene examinar la naturaleza de esta variación. En una de sus primeras tentativas de definir la *personalidad madura*, ALLPORT (1937 y 1961) aisló seis rasgos que parecen característicos de la personalidad "madura" por oposición con lo que cabría denominar simplemente la personalidad del anciano.

Estos rasgos son los siguientes:

1.— Un sentimiento de sí, bien desarrollado;
2.— La capacidad de mantener relaciones cordiales con otro, tanto si el trato es íntimo como si no lo es;
3.— Una seguridad emotiva fundamental aliada a la aceptación de sí;
4.— Una disposición a percibir, pensar y actuar con entusiasmo respecto de la realidad exterior;
5.— La auto-objetivación, la penetración (*insight*) y el sentido del humor;
6.— Una vida conforme a una filosofía unificante de la vida.

Advirtamos que esta imagen de la personalidad está ligada a ciertos valores y representa un ideal más que la realidad. Estos rasgos pueden hallarse reunidos en ciertas personas jóvenes, mientras que están ausentes en algunos ancianos.

Si admitimos que las personas de edad están más diferenciadas y tienen una experiencia más vasta que los jóvenes, debemos suponer que sus personalidades son tanto más singulares y que la diferencia de personalidad entre los ancianos debe ser más marcada que en los jóvenes. Pero incluso aquí existe el riesgo de que intervenga la diferencia entre las cohortes. Quizá las personas que hoy son viejas conocieron experiencias más diversificadas en el curso de su juventud, lo que explicaría la gran diferencia de personalidades que se aprecia entre la generación actual de los ancianos. La joven generación de ahora ha recorrido el mundo, aunque sólo sea a través de la televisón y ha oído hablar de cosas que ni siquiera se les pasaron por la imaginación a sus abuelos; se multiplican los viajes y tantas otras experiencias y, aunque el mundo cambie sin duda demasiado deprisa para el gusto de los viejos, esa rápida evolución parece perfectamente natural a los jóvenes. Estas experiencias muy variadas son compartidas, sin embargo, por toda la generación joven, convirtiéndola, en realidad, en más homogénea.

Las tres escuelas de pensamiento, psicodinámica, conductista y humanista, pueden interpretar de distinta manera las causas de la diferencia de personalidad entre los jóvenes y los viejos. Unos y otros se hallan en presencia de un mismo conjunto de hechos; sencillamente, los observan a través de cristales diferentes y otorgan más importancia a una causa que a otra. En la perspectiva psicodinámica, el teórico indicaría la gran cantidad de material inconsciente residual que se halla presente en la persona de edad y establecería la hipótesis de que la falta de energía es imputable al rechazo y al mantenimiento del equilibrio general del sistema. El conductista, por su parte, insistiría en la historia del condicionamiento que, siendo más largo, ha podido dar lugar a la adquisición de un comportamiento en respuesta a tal situación, mientras que establecería una conducta estereotipada en respuesta a otra. El humanista, finalmente, consideraría el futuro que huye y el sentido del Sí disminuido y explicaría el comportamiento presente en función de las perspectivas de futuro. Pero cada una de estas escuelas estudia el mismo organismo con su larga historia y su baja tasa de respuestas. Los sociólogos y los teóricos de orientación social, pertenecientes a una u otra de estas escuelas, se apresurarían a señalar la pérdida de los papeles desempeñados por las personas de edad y el sentimiento de anomia desarrollado en una situación que no comporta normas.

Para ser completo, el estudio de la personalidad del anciano debería abarcar tres tipos de cambios: *1*) Evolución interna (estados emotivos, pensamientos y concepción de sí); *2*) Comportamiento externo (respuestas o ausencia de respuestas en las situaciones nuevas y antiguas) y *3*) Ambiente externo (papeles y otras formas de presión).

Lawton (1970) ha presentado un cuadro jerarquizado de la organización individual (ver fig. IV-5), que permite creer en la existencia de una interacción precisa entre el ambiente y la salud física y mental. Si disminuye el comportamiento necesario para el mantenimiento de la vida o si se debilita la salud funcional, los elementos superiores del esquema se verán afectados. Nos gustaría señalar que el individuo puede presentar también una disminución de los elementos situados en la parte izquierda del diagrama, como consecuencia de fallos sobrevenidos en la parte de la derecha. Por ejemplo, si el sujeto se ve privado de los medios de manifestar una dirección creativa y de amar, corre el riesgo de presentar un mayor número de sínto-

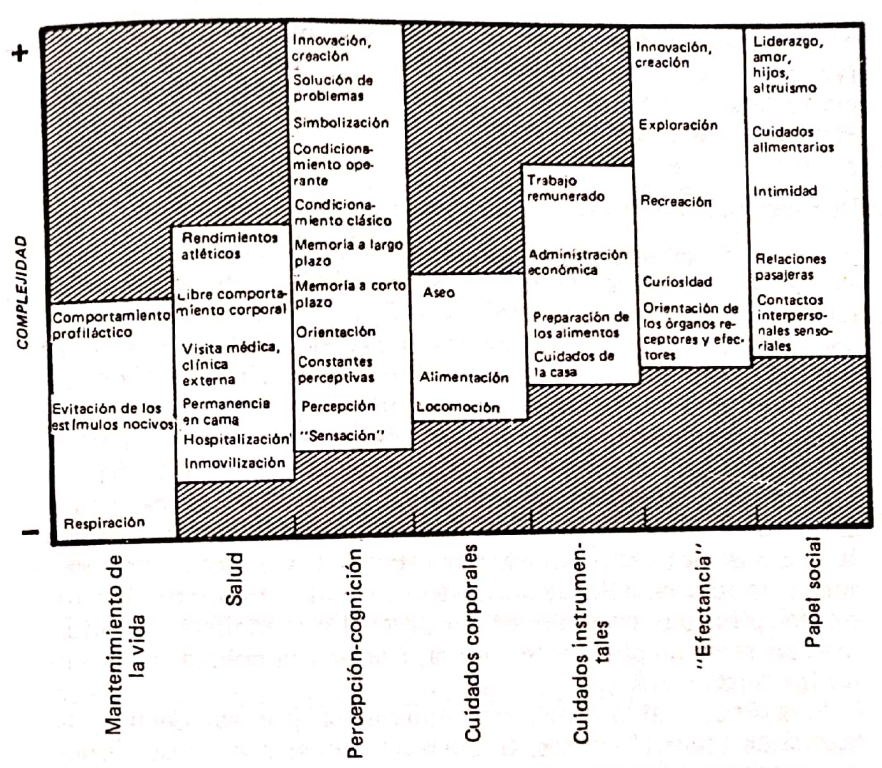


Figura IV-5: Representación esquemática jerarquizada de la organización individual. (Adaptada y reproducida con la autorización de Lawton, *Gerontologist*, 1970.)

mas físicos y de perder al mismo tiempo la voluntad de cuidar de sí mismo.

Holmes y Rahe (1967) han demostrado que la tensión ambiental puede causar dificultades físicas. Pero los factores de *stress* aumentan con la edad. Estas observaciones coinciden con lo que ya hemos dicho respecto de las relaciones entre la afectividad y el cáncer. Hay que suponer que, al envejecer, las personas tendrán más experiencias negativas o crisis, que afectarán a su salud general; ésta, a su vez, puede alterarse, lo que provoca una disminución de la capacidad de expresar los elementos situados en la parte derecha del diagrama de Lawton. No debemos olvidar, sin embargo, que el hecho de aislar así la

personalidad, el ambiente, los papeles y todo lo demás, comporta algo extremadamente artificial. En realidad, la interacción continua de todos estos factores es la que produce la persona humana en su totalidad.

Introversión, interioridad y envejecimiento

Freud tiene muy poco que decir a propósito de la personalidad adulta. Sólo recientemente se han aventurado en esta esfera sus sucesores más ortodoxos (*v.g.* Berezin y Cath, 1965; Levin y Kahana, 1967). Los psicoanalistas de los primeros tiempos se contentaban con observar los acontecimientos psicosexuales sobrevenidos tras la pubertad y su efecto sobre el Yo (*v.g.* Deutsch, 1944, 1945; Bibring, 1959 y Benedek, 1950,1959 y 1970). Sin embargo, Carl Gustav Jung, 1933) constituyó una notable excepción en este terreno, lo mismo que en tantos otros. Fue él, en efecto, quien postuló que el desarrollo de la personalidad tiene por objeto integrar los diferentes subsistemas de la personalidad en un todo significativo, con la ayuda del principio transcendente del Sí. La tendencia a la integración sería ampliamente innata; por eso la coloca Jung entre los "arquetipos".

Para Freud el inconsciente constituía, por así decirlo, la fuente de todos los males. El era quien encerraba las pulsiones inaceptables al hombre y a la sociedad, al igual que el material rechazado fuera de la conciencia, en razón de su carácter repugnante. Jung, por el contrario, veía en el inconsciente la fuente del conocimiento mucho más que su antítesis. Sus "arquetipos" residen en el inconsciente colectivo, se hallan presentes en todos los seres humanos y proceden de la herencia genética. No son extraños al concepto de "idéos" o forma pura de las ideas, hallado en Platon. Como 1) La fuente de toda sabiduría se halla contenida en el inconsciente y 2) La coherencia interna y la integración son los objetivos del desarrollo de la personalidad con la edad, el ser humano según Jung, se torna cada vez más atento a lo que sucede en sí mismo. Jung denomina a este proceso la "introversión".

Neugarten y sus colaboradores (1964) hallaron pruebas empíricas de este cambio de orientación que va del mundo exterior al universo interior y al que denominan "interioridad". Los sujetos de edad toleran mejor ciertos aspectos de su personalidad hasta entonces descuidados o reprimidos. Los resulta-

dos son, sin embargo, diferentes en los hombres y en las mujeres. Estas se tornan más tolerantes hacia sus tendencias egocéntricas y agresivas y los hombres hacia sus sentimientos de ternura, como el acercamiento y la necesidad de cuidar de otro. Esta transformación corresponde a la imagen de los jóvenes y de las personas de edad que presentan los estudios efectuados en Kansas City.

El último estadio de Erickson (1963), la integridad del Yo, que se opone a la desesperanza, coincide igualmente con el concepto de un aumento de la reflexión y de la atención vuelta hacia el mundo interior. Su concepción, al igual que la de los analistas más ortodoxos anteriormente mencionados, se fija en los acontecimientos que jalonan la vida del individuo, que denomina crisis epigenéticas. Además resulta interesante advertir que Erickson habla de la *capacidad* de desligarse, más que del hecho de estar desligado, para designar el valor o la salida favorable de esta crisis. Esta diferencia sutil entre la *capacidad* de desligarse y el hecho de *estar* desligado (retraído), puede relacionarse con los problemas suscitados por la teoría del retraimiento cuyos resultados son discutibles.

Tipología de las personalidades de los ancianos

Tal como hace observar Neugarten (1977) en su revisión de los trabajos sobre la personalidad, hay cientos de investigaciones que contienen datos sobre sujetos de edad, pero tales estudios tienden a ser puntuales, transversales y sin relación con una teoría o con un plan de investigación coherentes. Seguiremos su ejemplo y dejaremos de lado la mayor parte de ellos para examinar más bien dos tipologías ampliamente conocidas, que tienden hacia unos objetivos y se enmarcan en un plan coherente de investigación.

Antes de ir más lejos, deseamos mencionar nuestra decepción ante el hecho de que sea tan escaso el material sobre personalidad incluido en los estudios longitudinales en curso y que resulten accesibles muy pocos datos longitudinales sobre la personalidad (*v.g.* Maas y Kuypers,1974, del *Institute of Human Development* de Berkeley; Palmore, 1974, de Duke; Birrin, Butler, Greenhouse, Sokoloff y Yarrow, 1971 y Granick y Patterson, 1971, sobre los once años de seguimiento de la muestra del *National Institute of Mental Health*). El estudio longitudinal de Bonn, que registra el libro de Thomae

(1976) constituye sin embargo una notable excepción, a pesar de que resulte demasiado temprano para pronunciarse al respecto.

Reichard y cols. (1962), en un estudio frecuentemente citado, definen cinco tipos generales de personalidad a partir de su análisis referido a 86 hombres de edades comprendidas entre los 55 y los 84 años. Tres personalidades son consideradas como bien adaptadas y que reflejan una correspondiente aceptación de sí. La personalidad más sana y la mejor adaptada es denominada *madura*. Es constructiva en sus interacciones y en sus relaciones con otro. Los sujetos aceptan igualmente bien su Sí y su situación pasada y presente. Parecen tener buenas relaciones interpersonales y presentan escasos o nulos rasgos neuróticos. Las personalidades del tipo *casero** resultan aceptadas al igual que las personalidades maduras pero son más pasivas y tienden a considerar a la tercera edad como desprovista de toda responsabilidad; sus relaciones con los demás se hallan caracterizadas por la dependencia. Las personalidades *blindadas* se hallan bien adaptadas pero son rígidas; recurren constantemente a mecanismos de defensa, a fin de mantener su adaptación. En consecuencia, los sujetos son bastante rígidos a pesar de que prosigan una vida activa. Entre los de este grupo es donde se encuentra la probabilidad más alta de una mala adaptación.

Dos de las personalidades definidas en este estudio se hallan mal adaptadas. Son las personalidades *descontenta* y *autofóbica* (*self-hater*), caracterizadas por la amargura, la agresividad y la depresión. Los descontentos son, sin embargo, extrapunitivos (castigan a los demás), mientras que los autofóbicos son intrapunitivos (se castigan a sí mismos).

Otra tipología de las personalidades de los ancianos es la que procede del Grupo de Chicago (Neugarten, Havinghurst y Tobin, 1968). Según esta clasificación, las personalidades se distribuyen en cuatro grandes clases que se subdividen en ocho subcategorías. El *tipo A* o *reorganizador,* comprendido en la clase de las personalidades integradas, es manifiestamente muy parecido a la personalidad madura de Reichard y cols., puesto que comprende personas activas pero que han sabido reemplazar las antiguas formas de actividad por otras nuevas, en vez de

* En inglés, *rocking chair type*, es decir que gusta de una mecedora.

permanecer aferradas al pasado o tratar de sustraerse al presente. Estas personas tienden a interesarse por las actividades comunitarias, por el trabajo voluntario de carácter gratuito, etc.

El tipo de personalidad integrada *focalizada* es el del sujeto que abandona una parte de las actividades ligadas a los papeles que desempeñaba para centrarse a partir de entonces en un número restringido de papeles. Las actividades que ha abandonado son las que se hallaban ligadas a su trabajo, lo que le permite consagrar sus ocios a las distracciones y a su familia. No busca nuevos papeles que desempeñar, sino que se dedica a los antiguos y les consagra mucho más tiempo.

El tipo *retraído* es parecido al tipo "casero" de Reichard, en el sentido de que el sujeto renuncia a las actividades ligadas a sus papeles, pero sigue estando sin embargo suficientemente satisfecho de su vida. Todos estos tipos de personalidad integrada son parecidos en la medida en que el sujeto experimenta un sentimiento suficiente de satisfacción, pero se distinguen por el modo y por el número de actividades y de papeles. Parece, pues, falso decir que la actividad o el retraimiento constituyen el único medio de triunfar en la vejez. Somos, sin embargo, de la opinión de Havinghurst (1961), quien afirma que la personalidad es el elemento clave de una vejez lograda y que la vida es más un desarrollo continuo que una serie discontinua de fenómenos.

Al tipo *blindado* de Reichard y cols. corresponde el del *blindado-defensivo,* en el que cada subcategoría, bien sea el tipo *conservador* o el tipo *contraído,* es defensiva en su orientación. El sujeto de tipo conservador trata de retener los papeles y los modos de actividad de su madurez a través de un coste personal a veces elevado. El tipo contraído tiende a retirarse de ciertos papeles, evitando así enfrentarse directamente con sus pérdidas, pero sin hacer el esfuerzo necesario para anticiparlas o evitarlas. En conjunto, se advierte que el sentimiento de satisfacción disminuye a medida que nos alejamos de la personalidad integrada.

La personalidad *pasiva-dependiente* es, en realidad, una combinación compleja que reúne a varios tipos definidos por Reichard y cols. Se trata de personalidades dependientes, como el tipo "casero", pero, al contrario de este último, no permiten en manera alguna al sujeto sentirse satisfecho de su vida. Según una de las modalidades observadas, el sujeto reclama activamente ayuda y apoyo, mientras que según otra modalidad

el sujeto se torna de alguna forma pasivo por completo y se deja dominar en vez de buscar activamente situarse como dependiente de otro. Estos dos últimos tipos de personalidad son, respectivamente, el de la *llamada de socorro* y el de la *apatía*.

Quedan los tipos *desorganizados* que comportan un grado débil de actividades y de satisfacción. Añadamos que nada parece corresponder a los tipos descontento y autofóbico de REICHARD y sus colaboradores, caracterizados a la vez por la cólera y la hostilidad.

El Grupo de Chicago propone además otra tipología pertinente en relación con los estudios sobre el envejecimiento. GUTTMAN (1964) aisló en efecto tres maneras de actuar sobre el ambiente que van desde el dominio activo al dominio mágico, pasando por el dominio pasivo. El dominio mágico supone el recurso a los ritos, a una actitudes defensivas, el repliegue sobre uno mismo y una atención orientada hacia la vida interior más que hacia la exterior. Es evidente que estas formas tienen relaciones con las personalidades antes mencionadas y que las presiones procedentes del ambiente pueden apresurar una adaptación negativa. Por otro lado, la fortuna, la salud y el apoyo brindado por el medio social pueden contribuir al mantenimiento de una adaptación durante más largo tiempo. Por ejemplo, BACK y MORISS (1974) han descubierto que el cambio de empleo era importante para los hombres mientras que la evolución del ciclo de la vida familiar tenía más importancia para las mujeres. Los hombres, despojados de su posición entre los miembros de la población activa, presentan síntomas independientemente de los cambios sobrevenidos en su familia, mientras que las mujeres suelen experimentar dificultades en el momento en que se producen cambios familiares radicales. Una vez más conviene tener en cuenta la pertenencia a una u otra cohorte, pues los hombres comienzan ahora a interesarse antes por la vida familiar, mientras que las mujeres juegan un papel cada vez más importante en la vida exterior a la familia. Hay además, sin duda, una diferencia significativa entre los sexos, no sólo en el momento sino igualmente en la causa y el modo de evolución del yo, en especial en lo que respecta a la cohorte actual de ancianos.

Se impone la prudencia en la interpretación de las diferencias observadas, pues no cabría todavía afirmar si se hallan ligadas a la edad o al grupo. NEUGARTEN y DATAN (1973) suscitan un punto importante relativo a que el desarrollo individual

comporta tres dimensiones: cronológica, social e histórica. Si se observa la historia de la humanidad, se aprecia que sólo en una época bastante reciente se consideró a la infancia como un período distinto de la vida y que la adolescencia no hizo su aparición hasta mucho más tarde. Sin duda la vejez está, asimismo, en trance de convertirse en una época distinta en lugar de ser únicamente el final de la vida.

Un enfoque de estilo perceptivo: diferencias individuales entre las personas de edad

En nuestra revisión de las investigaciones gerontológicas tanto experimentales como teóricas, hemos advertido que la mayor parte de los artículos tratan ante todo de los rasgos comunes a la población que envejece, mientras que las diferencias individuales son, por lo general, olvidadas. Por lo demás, hay un número considerable de trabajos sobre los efectos en los adultos jóvenes de las diferencias individuales entre los modos cognitivos o perceptivos, es decir los comportamientos y las percepciones del mundo. Estos estudios comienzan por suponer que hay características individuales fundamentales, no sólo en el comportamiento y en el modo de vida, sino también en la manera de percibir el mundo exterior.

Se ha llevado a cabo un estudio de este género con personas de edad; es el de las diferencias individuales en la modulación de la intensidad del estímulo (MIS)*. Este estudio de la MIS recoge las hipótesis presentadas por MISHARA y BAKER (1980, 1977), PETRIE (1967), SALES (1972) y SILVERMAN (1968). Tales investigadores suponen que ciertos sujetos, denominados "reductores", atenúan la intensidad de la excitación. En otros términos, perciben una determinada cantidad de excitación procedente del exterior como si fuera relativamente menos intensa de lo que en realidad es. Otros, por el contrario, denominados "aumentadores", amplifican la intensidad de la excitación. Para comprobar su hipótesis, estos investigadores han utilizado el test del efecto cinestésico consecutivo (ECC), que sirve para medir el criterio táctil de las anchuras y les ha permitido clasificar a los sujetos según su tendencia individual al aumento o a la reducción (BAKER, MISHARA, PARKER y KOSTIN, 1978; BAKER

* *MIS: modulation de l'intensité du stimulus. (N. del R.)*

MISHARA, KOSTIN y PARKER, 1976). Primeramente fue PETRIE quien observó la individualidad en el dolor y el sufrimiento (PETRIE, 1967; PETRIE, COLLINS y SOLOMAN, 1958); después otros (*v.g.* RYAN y FOSTER, 1967; SWEENEY, 1966) obtuvieron resultados que confirmaban la hipótesis según la cual los reductores toleran mejor el dolor que los aumentadores.

En otras situaciones en donde resulta mínima la estimulación exterior, cabe esperar que los aumentadores tengan más éxito, puesto que "amplifican" la escasa estimulación presente y que los reductores toleren mal las condiciones de privación de estímulo, puesto que perciben la estimulación exterior mínima como si fuera aún menos intensa de lo que es. Los estudios sobre privación sensorial, acometidos con objeto de confirmar esta hipótesis, han demostrado que los aumentadores (seleccionados por el ECC) resultan más aptos para tolerar la privación sensorial (PETRIE, COLLINS y SOLOMAN, 1958) y que presentan menos tendencia a incrementar la estimulación perceptiva (SALES, 1971).

En circunstancias normales, los reductores se hallan subjetivamente más privados de estímulos que los aumentadores. Cabe, pues, suponer que requieran más estimulación en su vida cotidiana a fin de compensar esta privación. Respecto a los aumentadores, se hallan por lo general anegados de excitación y evitan, pues, la estimulación. Este mecanismo de aumento-reducción actúa igualmente en situaciones en las que la estimulación exterior resulta extrema. Por ejemplo, en los estudios en donde los reductores y los aumentadores identificados por el ECC se hallan dispuestos en un entorno "psicodélico", en el que la estimulación visual y auditiva es muy fuerte y muy compleja, los reductores reaccionan más favorablemente (SALES, 1971).

La teoría de la MIS sostiene que las diferencias individuales respecto de la forma en que los sujetos modulan la estimulación exterior afectan, tanto al carácter estético (agradable o desagradable) de la percepción, como a la cantidad de estimulación buscada. Los aumentadores prefieren una estimulación de intensidad débil y evitan el aumento de excitación. Los reductores, por el contrario, prefieren generalmente las situaciones en donde la estimulación es intensa y tienden a buscar la estimulación. Sin embargo, la teoría no pretende que todas las elecciones estén basadas sobre las diferencias individuales en la modulación de la intensidad del estímulo.

La utilidad del enfoque de la MIS ha quedado demostrada con la ayuda de un estudio sobre dos grupos de personas de edad (MISHARA y BAKER, 1981). Efectivamente, los autores han podido comprobar que, tanto en la población activa como en el grupo de pensionistas de un hogar para ancianos, las diferencias individuales de la MIS, medidas por el test del efecto cinestésico consecutivo, se hallaban ligadas de forma significativa al compromiso social y a la percepción de las dificultades, así como a otros tres comportamientos anteriormente estudiados en los adultos jóvenes (privación de sueño y duración del mismo, planificación del futuro y fumar). Tal como se esperaba y comparados con los reductores, los aumentadores mostraban un grado menor de compromiso y percibían su vida como más difícil, solían dormir más y planificar y fumar menos.

Los autores creen que la MIS puede resultar especialmente útil en gerontología, porque destaca la diferencia entre las reacciones individuales en el mismo ambiente social y físico. Esta diferencia debe ser interpretada como algo distinto de una simple preferencia de orden social. Parece, en efecto, reflejar un rasgo organísmico estable subyacente a una dimensión perceptivo-cognitiva y a un modo de vida.

Estiman que la teoría puede hallar aplicaciones útiles en la planificación social y en la intervención en personas de edad. La evaluación de la MIS de los sujetos interesados puede servir para la concepción de marcos espacio-temporales suficientemente flexibles para que puedan tomarse en consideración las diferencias individuales. Podrían también preverse unas intervenciones que emparejaran las situaciones terapéuticas con las diferencias individuales en la MIS.

Hacia una teoría de la personalidad del envejecimiento

Con una audacia de espíritu verdaderamente notable, THOMAE (1970) señala las bases de una teoría de la personalidad de los sujetos de edad. Tras comprobar que se sabe todavía muy poco sobre la psicología y la teoría de la personalidad del anciano y fiel a la posición de la escuela de psicología cognitiva, que trata de explicar la forma en que el individuo percibe el mundo que le rodea, estima que la conciencia es uno de los factores esenciales en la determinación del comportamiento y propone los siguientes postulados:

Postulado I: La evolución del comportamiento se halla ligada a la percepción del cambio objetivo.
Postulado II: Todo cambio en la situación del individuo es percibido y evaluado a la luz de las preocupaciones y de las expectativas del sujeto.
Postulado III: La adaptación al envejecimiento se halla en función del equilibrio entre las estructuras cognitiva y motivacional del sujeto.

La concepción de THOMAE aparece muy resumida en la figura IV-6. Todo acontecimiento puede figurar entre los cambios que sobrevienen en el ambiente y que son considerados como cambios objetivos, desde el hecho de asumir el papel de abuelos (que puede ser percibido positiva o negativamente), hasta el hecho de jubilarse (que puede ser también percibido positiva o negativamente). La motivación del sujeto, sus preocupaciones y sus expectativas del momento determinan su percepción y el cambio percibido, más que el cambio objetivo, es lo que explicará el comportamiento, manifiesto o implícito, que adoptará el sujeto.

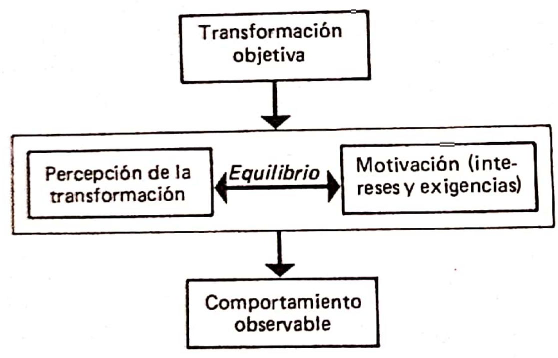


Figura IV-6: Modelo cognitivo de la personalidad adulta según THOMAE, 1976.

ADLER (1927) conceptualizó esta perspectiva, hace ya bastantes años, con la ayuda del concepto de "modo de vida". El comportamiento se explica siempre a la luz del modo de vida, aunque de hecho esta conducta parezca desprovista de sentido desde el punto de vista de la "situación objetiva". Así, cuando una persona de edad reacciona ante el conjunto de las actividades que prevalecen en torno a ella, prefiriendo retirarse en vez de luchar, su conducta es comparable a la de una persona joven que evita la competición como consecuencia de la idea desfavorable que tiene de sí misma, obteniendo así resultados que son inferiores a su potencial —considerado objetivamente— pero que se explican por su modo de vida personal. THOMAE resume su posición, diciendo que en nuestra sociedad y en creciente medida, la persona de edad debe mantener el equilibrio entre sus sistemas cognitivos y motivacionales, efectuando unas revisiones de sus sistemas cognitivos más que sus sistemas motivacionales y de su medio. Esto es quizá lo que hacen los sujetos de GUTTMAN (1964) cuando pasan del dominio activo, mediante la lucha contra el medio exterior, al dominio pasivo, para llegar finalmente al dominio mágico a través del repliegue. No es, pues, sorprendente que GUTTMAN haya podido observar esta progresión en varias sociedades diferentes (GUTTMAN, 1969, 1971, 1974, 1975).

CAPITULO V

LA SEXUALIDAD Y EL ENVEJECIMIENTO

Si tuviéramos que completar la frase siguiente con la ayuda de las primeras palabras que se nos ocurrieran, nos sentiríamos quizá inclinados a decir que: "En las personas de edad, la sexualidad... carece de importancia", "es una cosa del pasado" o "unos buenos recuerdos". Nos incorporaríamos así a la mayoría de los estudiantes para quienes la sexualidad de los ancianos no es más que una cosa del pasado (GOLDE y KOGAN, 1959). Los jóvenes no son los únicos que creen que la actividad sexual disminuye con la edad. Los mismos ancianos piensan que la vejez es un período asexuado (BURNSIDE, 1975). Numerosas personas de edad en quienes es intenso el deseo sexual experimentan un sentimiento de culpabilidad y de vergüenza o incluso llegan a creerse anormales. Los estudios médicos demuestran que, a pesar de estos prejuicios culturales, la mayoría de las personas de edad son capaces de tener relaciones sexuales y de sentir placer en toda la gama de las actividades de este tipo a las que se entregan las personas más jóvenes.

¿Se hallan únicamente reservadas a los jóvenes las relaciones sexuales?

Nuestra sociedad parece creer que la sexualidad se halla reservada a los jóvenes. ¿De dónde procede este prejuicio? Podría sentirse la tentación de creer que tiene su raíz en las creencias religiosas que asocian exclusivamente la sexualidad con la

reproducción. Si fuese así, la mujer que ya no puede procrear porque ha alcanzado la menopausia no otorgaría importancia alguna a la sexualidad. Sin embargo, incluso aquellos que no comparten esta creencia religiosa piensan que la sexualidad corresponde a los jóvenes.

FELSTEIN (1973) ha identificado las cinco grandes "ideas" sobre las que se funda la creencia de que la sexualidad y las relaciones sexuales se encuentran reservadas a los jóvenes. *La primera* es que la función sexual sólo sirve para la procreación y se limita, pues, a los que son capaces de ésta, es decir a los jóvenes. *La segunda* pretende que la tensión sexual se manifiesta como respuesta a la atracción física. Admitiendo que esto sea cierto, no deja por eso de ser evidente que la belleza es una cuestión de opinión. E incluso si resultara imposible hallar la belleza en las personas de edad, esto no impediría a los viejos verla y apreciarla en los jóvenes. *La tercera* es que la tensión sexual, que alcanza su máximo en los jóvenes, disminuye rápidamente hasta la edad madura para tornarse casi inexistente en las personas de edad. *La cuarta* idea pretende, por un lado, que solamente se ama cuando se es joven y, por otro, que las relaciones sexuales se hallan de alguna manera inextricablemente ligadas al amor romántico. Según *la quinta* y última idea, el nivel de funcionamiento óptimo se alcanza durante la juventud mientras que lo propio de la vejez es una creciente incapacidad.

Nuestra impotencia para reconocer la existencia de emociones y actividades sexuales en los viejos procede quizá de las impresiones de la infancia. Los padres se esforzaron por convencer a sus hijos de que la sexualidad constituye algo vedado. Cuando envejecen, se hace difícil imaginar que, a su edad, los padres puedan conocer los mismos frívolos deseos que hemos experimentado durante nuestra infancia y nuestra adolescencia. Una interpretación más freudiana de este fenómeno sostiene que los hijos reprimen la sexualidad de los padres. En efecto y en su subconsciente, los hijos rechazarían todo pensamiento sobre la sexualidad de sus padres, pues este aspecto de su vida presentaría una amenaza demasiado grave a la estabilidad de su Yo para que tomaran conciencia de ello.

Existe otra interpretación de este prejuicio según la cual la diferencia de las costumbres sexuales se explica por la diferencia entre las generaciones. Al examinar la cultura a la que pertenece la generación de nuestros abuelos advertimos que la ma-

yor parte de ellos vivieron la época de la gran revolución sexual. En efecto, la mayoría de las personas que tienen actualmente 70 u 80 años fueron los jóvenes que, en los años 20, escandalizaban a sus mayores por su conducta licenciosa.

El rechazo de la sexualidad geriátrica parece formar parte de un estereotipo cultural muy difundido y que pretende que las personas de edad son consideradas feas, débiles, desgraciadas e impotentes. Los medios de comunicación de masas presentan los objetos sexuales más deseables como individuos jóvenes, bellos y perfectos. La publicidad nos dice que para atraer y seducir a los miembros más deseables del sexo opuesto es preciso comprar productos que nos rejuvenezcan y nos hagan "bellos". Aunque algunos consideren que la belleza reside en la mirada de la otra persona, o incluso que la belleza interior es más importante que los rasgos físicos, no deja por eso de ser menos cierto que los miembros de nuestra sociedad se hallan adoctrinados desde su infancia por la ideología de la juventud y de la belleza.

Hay, en el mercado, productos que sirven para camuflar los menores signos de envejecimiento como las arrugas, los cabellos grises y la calvicie. El adoctrinamiento cultural que de todo eso resulta constituye probablemente el origen de nuestra percepción de los mayores a quienes consideramos como desprovistos de sexualidad, así como de la concepción que ellos tienen de sí mismos, creyéndose asexuados y sintiéndose culpables ante sus deseos sexuales. En suma, la belleza y la potencia se hallan reservadas a la juventud.

En régimen de internado, este estereotipo engendra la segregación de los hombres y de las mujeres de edad, incluso en el caso de las parejas casadas, cuestión a la que volveremos después. Entre padres e hijos, sobrevienen a menudo conflictos cuando los padres ancianos piensan en volver a casarse, sin duda porque los hijos no pueden imaginar que la sexualidad podría ser un factor determinante de esta decisión. Muchas personas de edad viven asimismo difíciles relaciones interpersonales porque se creen conformes con esta imagen estereotipada.

El envejecimiento y la respuesta sexual

Los más detallados estudios sobre los aspectos fisiológicos de la sexualidad humana se deben a Masters y Johnson (1966, 1970). Su primer libro, *Human Sexual Response,** está basado en 11 años de investigaciones que han supuesto entrevistas detalladas y experiencias en laboratorio con sujetos de diversas edades. Los estudios realizados consistieron en obtener complejas mediciones de las reacciones fisiológicas en el hombre y la mujer ante diversas formas de estimulación sexual. Aunque no quepa generalizar enteramente las conclusiones de sus estudios, porque sus sujetos eran todos voluntarios, sus datos ofrecen, a pesar de todo, el cuadro más fiel de las capacidades sexuales en el curso de la vejez.

Si bien estos estudios han demostrado que las reacciones sexuales de las personas de edad son diferentes, en ciertos aspectos, de las reacciones de los jóvenes, sus conclusiones no dejan por eso de mostrar que, por lo general, el envejecimiento no significa necesariamente el final de la actividad sexual. Respecto a la mujer, Masters y Johnson afirman que "la sexualidad femenina no conoce límite de edad". En cuanto al hombre llegan a la conclusión de que, situado en condiciones físicas y emotivas adecuadas, éste conserva, "con bastante frecuencia, su capacidad sexual hasta los 80 años e incluso más allá".

Masters y Johnson han descubierto ciertas diferencias específicas entre sus sujetos de edad y los más jóvenes. En las ancianas, han apreciado un descenso en la tasa de respuesta relativa a ciertas reacciones físicas durante las relaciones sexuales: disminución del enrojecimiento sexual o erubescencia debida a la vasoconstricción en respuesta a la tensión, disminución de las contracciones del esfínter rectal ligadas al orgasmo, disminución de la coloración y reducción del espesamiento de los labios menores antes del orgasmo, así como otras diferencias cuyo significado nos es aún desconocido. Sin embargo, hecho importante, el clítoris de las mujeres de edad sigue siendo muy sensible aunque la lubrificación vaginal se efectúe más lentamente que en las más jóvenes. Algunas ancianas experimentan una disminución de la lubrificación vaginal y una reducción de las contracciones de la vagina y del útero durante el orgasmo (ver Tabla V-1).

Masters y Johnson deducen, por eso, que las mujeres de edad se hallan en plena posesión de su capacidad sexual y pueden alcanzar el orgasmo. En su opinión, no hay razón fisiológica alguna susceptible de impedir a las mujeres de edad

* *Respuesta sexual humana*, Buenos Aires, Intermédica, 1976. *(N. del R.)*.

Tabla V-1.– *Evolución de la respuesta sexual en función de la edad según Masters y Johnson*

	Mujeres jóvenes	Mujeres de más edad
Senos	– Erección del pezón – Aumento de tamaño, obstrucción areolar, enrojecimiento preorgásmico.	– La misma erección – Disminución de la intensidad de las reacciones
Erubescencia	– Respuesta epidérmica vasocongestiva	– Disminución
Miotonía	– Aumento de la tensión mus-muscular	– Disminución de la respuesta
Aparato urinario	– Dilatación mínima del meato urinario durante el orgasmo	– El meato permanece bien abierto en un orgasmo de gran intensidad o durante repetidos orgasmos
Recto	– Contracción del esfínter rectal durante el orgasmo	– Disminución de la respuesta
Clítoris	– Sensibilidad muy desarrollada	– La misma reacción
Labios mayores	– Aplanamiento, separación y elevación como consecuencia del aumento de la tensión sexual	– Disminución de la respuesta
Labios menores	– Ensanchamiento vasocongestivo, cambio de color del rojo vivo a rojo más oscuro antes del orgasmo	– Debilitamiento del ensanchamiento vasocongestivo y disminución de la intensidad de los cambios de color
Glándulas de Bartholin	– Débiles secreciones de la mucosa durante la fase de meseta	– Disminución de la respuesta
Vagina	– Paredes netamente estriadas, color rojo-violeta. La lubrificación sobreviene entre 10 y 30 segundos después de la estimulación	– Paredes delgadas, como de papel, no estriadas, rosadas; la vagina se contrae y disminuyen sus posibilidades de expansión. La lubrificación puede exigir de 1 a 3 minutos o más
	– Atascamiento de la vagina exterior durante la fase de meseta, estrechamiento de la vagina	– El atascamiento es más débil pero la respuesta de estrechamiento continua
	– Contracciones (5-6) durante el orgasmo	– Disminución del número de contracciones
	– Postración lenta de la porción dilatada de la vagina durante la resolución	– Postración rápida
Utero	– Elevación del útero durante la excitación y la fase de meseta	– Reacción diferida y elevación menos fuerte
	– Contracciones (3-5) de expulsión durante el orgasmo	– Disminución del número de las contracciones

Tabla V-1.– *Continuación*

	Hombres jóvenes	Hombres de más edad
Pezones	– Erección del pezón	– Disminución de la respuesta
Miotonía	– Incremento de la tensión; contracciones musculares involuntarias	– Posible disminución de la respuesta
Recto	– Contracción del esfínter rectal durante el orgasmo	– Disminución de la frecuencia
Pene	– Erección al cabo de 3 a 5 segundos de estimulación, erección completa muy al comienzo del ciclo.	– A partir de los 50 años un tiempo dos o tres veces más largo; la erección sólo es completa inmediatamente antes del orgasmo
	– Dominio eyaculatorio variable	– Erección mantenida más tiempo sin eyaculación
	– Se puede obtener y perder parcialmente la erección completa varias veces durante el ciclo	– Dificultad de recobrar una erección completa tras una pérdida parcial
	– Coloración del glande del pene	– Disminución o ausencia
	– Eyaculación potente; contracciones de expulsión durante el orgasmo	– Debilitamiento, posible disminución de la sensación
	– Fase de refracción variable	– Después del orgasmo, fase de refracción prolongada; detumescencia rápida del pene
Eyaculación	– En dos etapas, según un proceso bien diferenciado	– Expulsión del líquido seminal en una sola etapa
	– Contracciones prostáticas	– Desapercibidas por la observación clínica
	– Conciencia de la presión y de la emisión del fluido	– En ciertos sujetos, derrame más que expulsión; espermatozoides menos viables y menos numerosos que en los hombres más jóvenes
Escroto	– Desaparición del plegamiento del escroto bajo el efecto de la tensión sexual	– Disminución de la respuesta
Testículos	– Elevación testicular hacia el final de la excitación o el comienzo de la fase de meseta, incremento de volumen	– Disminución de la respuesta
	– Descenso de los testículos durante la resolución	– Descenso rápido

proseguir su actividad sexual al mismo ritmo que antes de la menopausia, suponiendo desde luego que su función sexual no sea alterada por el efecto de los medicamentos o por determinadas condiciones debilitantes.

Gracias al trabajo asiduo de estos pioneros, existe hoy un mayor interés por la sexualidad de las personas de edad. Una de las principales obras de referencia destinadas a los estudiantes de psicología, *Human Sexuality* de McCarty, consagra a esta cuestión, en sus tres ediciones sucesivas, un creciente número de páginas.

La menopausia y la sexualidad femenina

La menopausia designa el período durante el cual se produce el climaterio femenino, es decir en el que la mujer deja de poder procrear. Por término medio, la menopausia sobreviene hacia la edad de 49 años aunque pueda presentarse mucho más tarde en ciertas mujeres. La menopausia parece inquietar más a las mujeres jóvenes que a las que se aproximan a este período. Si bien algunas experimentan un malestar durante ese tiempo, sólo del 10 al 15% se sentirán suficientemente molestas para tener que consultar con un médico. De hecho, el 40% de las mujeres no presentan síntoma alguno. Los efectos principales de la menopausia sobre la función sexual son debidos a una disminución de las secreciones ováricas de la hormona sexual femenina denominada estrógeno. La disminución de la cantidad de estrógeno no parece influir en el impulso sexual, pero ocasiona un adelgazamiento de los tejidos de la vagina y de los labios así como una disminución de la lubrificación vaginal. El adelgazamiento de la vagina puede disminuir la protección de los órganos adyacentes como la uretra y la vejiga. La reducción de la lubrificación puede tornar dolorosas las relaciones sexuales, inconveniente que es fácil de superar empleando un lubrificante soluble en el agua o una crema a base de estrógeno (Novak, 1975). Algunos tratamientos hormonales a base de estrógeno pueden compensar el adelgazamiento de los tejidos vaginales y las dificultades de lubrificación. Kantor, Milton y Ernest (1978) han demostrado en efecto que el estrógeno administrado a mujeres de edad, residentes en algunas instituciones o fuera de éstas, había permitido comprobar el mejoramiento de diversos síntomas psicológicos (*v.g.* neurosis, humores, moral). La diferencia se ha revelado positiva en los dos grupos pero más marcada en las mujeres residentes en instituciones.

En ciertas mujeres la menopausia engendra una intensificación de los deseos y de las respuestas sexuales. Este hecho puede explicarse por la desaparición del temor a los embarazos que podía existir antes de la menopausia, fuera cual fuese el método anticonceptivo empleado. Kinsey, Pomeroy y Martin (1948) y Kinsey, Pomeroy, Martin y Gebhard (1953) no han comprobado ningún efecto del envejecimiento sobre las capacidades sexuales. En realidad, los estudios de Kinsey indican más bien que las mujeres pierden sus inhibiciones al envejecer y que son las jóvenes quienes con mayor frecuencia declaran que no quieren tener relaciones sexuales con su marido.

Buena parte de los efectos de la menopausia sobre la sexualidad depende de la actitud de la mujer. Neugarten (1968) descubrió que ciertas mujeres se interesaban más por la sexualidad después de la menopausia (14% de 21 a 30 años; 27% de 31 a 44 años; 35%, de 45 a 55 años y 21% de 56 a 65 años). Algunas de las personas interrogadas han respondido incluso que a la mayoría de las mujeres "les gustaría tener una aventura durante su menopausia". El lector advertirá que la tasa más elevada de respuesta procede del grupo de mujeres que atraviesan la menopausia, seguido del que se aproxima a ésta.

La regularidad de las actividades sexuales, tanto si se trata de la copulación como de la masturbación, tiene una fuerte incidencia en el nivel de la respuesta sexual femenina. Masters y Johnson señalan que las mujeres de edad cuyas relaciones sexuales son raras o que se masturban poco, sufren a menudo un coito difícil y doloroso. Las mujeres cuya vida sexual es regular y activa, experimentan por el contrario escasas dificultades de lubrificación vaginal o de distensión de la vagina, incluso si existe un adelgazamiento del pliegue vaginal y una contracción de los labios vaginales externos. Según Masters y Johnson, uno de los mejores medios de prevenir la disminución de las respuestas sexuales a una determinada edad, podría ser la regularidad de las actividades sexuales, comprendida la masturbación.

Ningún factor fisiológico ligado al proceso normal de envejecimiento permite creer en una disminución del impulso sexual o libido, tanto en las mujeres como en los hombres de edad porque los componentes fisiológicos del impulso sexual se hallan ligados a la secreción de andrógeno procedente de las glándulas suprarrenales en las mujeres y no son en absoluto susceptibles de influencia por la menopausia y la histerectomía.*

*Extirpación total o parcial del útero. *(N. del T.)*

Si se pretende entender bien la sexualidad femenina, es preciso, sobre todo, no descuidar uno de los aspectos importantes de la cuestión, es decir, la relativa penuria de compañía masculina entre las ancianas. Las mujeres sobreviven a los hombres y suelen casarse con hombres de más edad que ellas, de modo que hay más viudas que viudos o solteros. Por eso, muchas mujeres de edad, cuyo impulso y deseo sexuales se mantienen en el mismo nivel que durante la juventud, experimentan dificultades para hallar un compañero. Mientras que no sea habitual el matrimonio de la mujer con un hombre más joven, éstas tan sólo dispondrán de la masturbación y la homosexualidad como medios de expresar sus deseos sexuales. Como a estas prácticas se aplican unos prejuicios culturales, es comprensible que las mujeres de edad duden en entregarse a ellas o que experimenten vergüenza y culpabilidad ante estos modos de expresión de la sexualidad. La Tabla V-2 presenta la tasa de probabilidad de la viudez en los Estados Unidos, según la edad y la diferencia de años entre el marido y la mujer. La probabilidad de que una mujer esté sola y sea incapaz de hallar un compañero es muy elevada, sobre todo si se tiene en cuenta el hecho de que la actual población de edad cuenta con menos de dos hombres por cada tres mujeres y que este desnivel se eleva continuamente.

Tabla V-2.— *Probabilidad de la viudez*

Edad de la mujer	Edad del marido con relación a la mujer *(diferencia expresada en años)*								
	-5	-3	-1	0	1	3	5	10	15
	Probabilidad (en porcentaje)								
15				65	67	70	74	81	87
18		59	63	65	67	70	74	81	87
20	55	59	63	65	67	70	74	81	87
21	55	59	63	65	67	70	74	81	87
23	55	59	63	65	67	70	74	81	87
25	55	59	63	65	67	70	74	81	87
30	54	59	63	65	67	70	74	81	87
35	54	58	63	65	67	70	74	81	87
40	54	58	63	65	67	70	74	81	87
45	54	58	63	65	67	70	74	81	87
50	54	58	63	65	67	70	74	81	87
55	54	58	62	64	66	70	74	81	87
60	54	58	62	64	66	70	74	81	86
65	53	58	62	64	65	69	73	80	86
70	52	56	60	62	64	68	71	79	85
75	51	55	59	61	62	66	69	77	84

(Fuente: Statistical Bulletin of the Metropolitan Life Insurance Company, *1977.)*

La fisiología de la sexualidad en el anciano

MASTERS y JOHNSON han observado en el comportamiento sexual del hombre de edad cambios más numerosos que en el de la mujer. Al margen de ciertas modificaciones menores, como una disminución débil de la erubescencia cutánea y la reducción de las contracciones del esfínter anal durante el orgasmo, se aprecia en efecto que los hombres de edad necesitan a menudo dos o tres veces más tiempo que los jóvenes para conseguir una erección y que la mantienen más tiempo sin eyaculación. La fuerza de la eyaculación disminuye al envejecer y la demora necesaria para la obtención de una segunda eyaculación, tras el orgasmo, es mayor en los hombres de edad. Algunos experimentan también una disminución de las sensaciones voluptuosas que la acompañan.

MASTERS y JOHNSON son más prudentes en sus conclusiones sobre la sexualidad de los ancianos. Estiman que los hombres de edad que a) mantengan una actividad sexual regular, b) tengan una buena salud y c) conserven una orientación psicológica "sana", pueden proseguir en numerosos casos su actividad sexual hasta 80 y más años.

La frecuencia de las erecciones nocturnas constituye un índice de la actividad sexual en el hombre. En la fase en que se sueña es cuando éstas tienden a producirse, lo que indicaría la frecuencia de un contenido onírico sexual. Durante un estudio realizado en el laboratorio del sueño de Mount-Sinai de Nueva York, el número de erecciones nocturnas registradas en 18 sujetos masculinos de 70 a 96 años fue el mismo que entre los adultos jóvenes.

Uno de los estudios más detallados que poseemos sobre el envejecimiento y la sexualidad es el resultado de una investigación longitudinal acometida en el *Duke University Center for Study of Human Aging and Development* (PFEIFFER, VERWOERDT y WANG, 1968) que reunió al principio a 260 voluntarios de más de 60 años. Estos fueron sometidos por psiquiatras expertos a detalladas entrevistas en las que se recogieron informaciones precisas sobre la actividad sexual de los sujetos que envejecen. En conjunto, la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye gradualmente con la edad: el porcentaje de sujetos de 60 a 71 años que tenían todavía relaciones sexuales variaba del 40 al 65%, mientras que en los de 78 y más años oscilaba entre el 10 y el 20%. Precisemos, sin embargo, que es-

tos promedios pueden marcar importantes diferencias individuales. En efecto, 13 de los sujetos interrogados declararon haber conocido un aumento de su actividad sexual al envejecer, mientras que el 15% de ellos había visto crecer con la edad su interés por la vida sexual. Durante el estudio, 63 hombres y 70 mujeres dejaron de tener relaciones sexuales; esta detención se sitúa, por término medio, en los 68 años para los hombres y en los 60 para las mujeres. Hombres y mujeres coincidían en decir que la interrupción de las relaciones sexuales era imputable al compañero masculino. Esta investigación confirma, pues, las observaciones fisiológicas de Masters y Johnson, según las cuales el envejecimiento afecta más a la vida sexual en el hombre que en la mujer.

Cierto número de investigadores han tratado de explicar la notoria reducción de la actividad sexual del hombre que envejece. Este declive no podría atribuirse a la disminución de la tasa de andrógeno porque, si bien esta hormona sexual disminuye hasta los 60 años, tiende después a permanecer más bien estable. Algunos estudios efectuados sobre animales revelan una pérdida del impulso sexual con la edad (Rubin, 1970). Pero indudablemente operan otros factores distintos del declive fisiológico. Por ejemplo, la actividad sexual tiende con frecuencia a aumentar temporalmente cuando los animales machos se hallan en presencia de nuevas hembras. A este respecto, Kinsey habla de "fatiga psicológica" o de pérdida de interés respecto de las actividades sexuales repetidas de manera monótona entre la misma pareja.

Masters y Johnson proponen seis factores que pueden explicar el debilitamiento de la respuesta sexual con la edad:

1. *La monotonía de las relaciones sexuales repetitivas.* Estiman que las parejas que practican durante años las mismas actividades sexuales, sin aportar el menor cambio, acaban por cansarse.
2. *Las preocupaciones de orden profesional o económico.* Para la mayor parte de las personas, y en especial para los hombres de nuestra sociedad, la edad madura, la cincuentena y la sesentena, son períodos de intensas preocupaciones económicas y profesionales. La tensión que caracteriza a ciertos empleos y a determinados puestos de mando puede contaminar las relaciones interpersonales y familiares. Así pues, la tensión y la ansiedad son susceptibles de inhibir el buen funcionamiento sexual.

3. *La fatiga psicológica y física.* Buen número de personas acostumbran a tener relaciones en el momento de acostarse tras una dura jornada de trabajo. Si el día ha sido psicológica o físicamente agotador para uno de los dos, cabe que falte energía necesaria para unas relaciones sexuales satisfactorias.
4. *El abuso de la comida y del alcohol.* Masters y Johnson consideran que la mayor parte de las impotencias secundarias que aparecen hacia el final de la cuarentena y el comienzo de la cincuentena se hallan asociadas con el consumo excesivo de alcohol más directamente que con cualquier otro factor. Aunque el alcohol puede estimular el deseo sexual, actúa sobre el organismo masculino de manera que inhibe sus funciones sexuales. El abuso de la comida perjudica igualmente a la actividad sexual.
5. *Las enfermedades físicas y psicológicas agravadas por los malos consejos de los médicos.* Aunque ciertas enfermedades perjudican a las funciones sexuales de las personas de edad, la mayoría de las dificultades de la vejez son compatibles con una vida sexual normal. Pero, con frecuencia, los médicos descuidan poner a sus enfermos al corriente de los efectos que una enfermedad y/o su tratamiento pueden tener en las relaciones sexuales o bien sólo proporcionan malos consejos, de tal naturaleza que desaniman al paciente. Aunque la Medicina haya hecho grandes progresos en el tratamiento de los problemas sexuales, la mayor parte de los médicos apenas se inquieta por la incidencia que puede tener una terapéutica sobre el funcionamiento sexual de sus enfermos.
6. *El temor al fracaso sexual asociado a uno u otro de los cinco factores precedentes o a sus efectos.* Masters y Johnson subrayan el hecho de que el temor al fracaso sexual puede provocar la impotencia en los hombres. Tras un primer episodio de impotencia, cualquiera que sea la situación en la que se produzca, numerosos sujetos prefieren renunciar a toda actividad coital antes que exponerse a nuevos fracasos, demasiado amenazadores para su Ego (Masters y Johnson, 1970). Los hombres de edad, temporalmente afectados por la impotencia por cualquier razón, abuso de alcohol, ansiedad, abatimiento o enfermedad reciente, pueden experimentar temores y angustias ante el pensamiento de que se han "vuelto" impotentes en razón de su edad. Si esta ansiedad se halla presen-

te en posteriores relaciones sexuales, existe el riesgo de que se cumpla la profecía. La ansiedad engendrada por el temor a la impotencia basta en efecto para lograrla y hacer que reaparezca de manera crónica. Sin embargo, la presencia de una compañera comprensiva, la explicación de las causas de la impotencia y, eventualmente, los consejos de un terapeuta pueden dominar la impotencia sexual ligada al temor al fracaso.

Son raras en los hombres las deficiencias hormonales sexuales. De aquí se deduce que una terapéutica hormonal rara vez resultará eficaz en los casos de pérdida del deseo sexual a menos que esté realmente causada por una deficiencia de las hormonas masculinas. Por lo demás es materia de controversia el fundamento de este género de tratamiento; ciertos investigadores creen que la recuperación del deseo sexual es más obra de la mejoría general de la salud bajo el efecto de las hormonas que de su acción directa sobre la sexualidad. Por añadidura, la eficacia del tratamiento a base de hormonas parece quizá imputable al efecto de un placebo: el sujeto, habiéndose convencido de la eficacia del medicamento, actúa en consecuencia, incluso en ausencia de toda causa físico-química.

La mayoría de los investigadores coinciden en afirmar que la regularidad de las relaciones sexuales constituye el mejor medio de conservar la potencia sexual hasta una edad avanzada. Masters y Johnson recomiendan pues a los hombres y a las mujeres que prosigan regularmente su actividad sexual, sea cual fuere su naturaleza (*v.g.* coito o masturbación), porque es una de las mejores maneras de asegurarse una vida sexual prolongada. Hay casos en que las personas de edad interrumpen sus relaciones sexuales tras una enfermedad o una intervención quirúrgica. En esta situación se recomienda que no prolonguen indebidamente su forzada abstinencia (Rubin, 1970). En otros términos, lo que es cierto respecto a toda forma de actividad física o intelectual, lo es igualmente para la actividad sexual: más vale disfrutar que ayunar (Huyck, 1974).

La homosexualidad y el envejecimiento

Hasta hace muy poco tiempo la cuestión de la homosexualidad no era abordada en la prensa de gran difusión. Desde la aparición de los movimientos de liberación de las personas denominadas "gays", el asunto ha dejado de ser tabú y se estima que el número de los homosexuales es suficiente para justificar

la designación de "minoría social", minoría que viviría en un relativo aislamiento.

Si es cierto que los ancianos y los homosexuales son víctimas de una imagen estereotipada ¿Es preciso creer que los homosexuales de edad tienen que sufrir doblemente estos prejuicios habituales? Sí, responden Kelly (1977) y Laner (1978) en su estudio sobre los homosexuales masculinos que viven en California; y trazan la imagen clásica, muy poco favorable, del homosexual, tal como lo representa el espíritu popular, retrato que no se corresponde con los descubrimientos de los investigadores. Según esta imagen, el homosexual que envejece tendría una vida sexual poco satisfactoria y sería incapaz de entrar en una relación estable con un compañero sexual. Esta imagen se halla desmentida por los resultados de la investigación. Kelly añade que es falso que los homosexuales pobres lleguen al punto de acosar a los niños. También es falso que la brevedad de las relaciones entre homosexuales les haga temer la vejez más que a los heterosexuales. La noción de una jerarquía de valores asociada a la edad entre los homosexuales no se encuentra confirmada por los datos recogidos por Kelly y Laner, ni tampoco por los estudios revisados.

Los resultados de las investigaciones no parecen indicar que los homosexuales de edad prefieran a los jóvenes, y el efecto del envejecimiento sobre los individuos "gays" es aproximadamente parecido al que tiene en los demás hombres. En los Estados Unidos los homosexuales masculinos estudiados por Kelly siguen frecuentando los bares al envejecer (63%) y mucho menos a menudo los salones de té (2%). Con la edad, parece atenuarse el temor a ser descubiertos pues este miedo se halla con frecuencia ligado a la seguridad en el empleo y el progreso en la carrera; desaparece, pues, con la jubilación.

Por otro lado Gagnon y Simon (1973) hacen advertir que los homosexuales viejos se encuentran privados de ciertos recursos que les proporcionarían un apoyo moral. En efecto, no tienen un hijo cuya carrera les asegure el sentido de la continuidad en el futuro y no conocen tampoco la estabilidad que brinda el matrimonio. Según Gagnon y Simon, entre los homosexuales se hace sentir más pronto el impacto de la vejez, a menudo antes de que se hagan evidentes otros signos, como la jubilación.

En cuanto a los homosexuales que disfrutan de una relación permanente con su compañero, les aguardan otras dificultades. Se hallan en efecto expuestos al duelo, como cualquiera que

pierde un amigo o un pariente pero, según ciertos autores, experimentan una mayor dificultad en establecer nuevos lazos. A esto se añaden obstáculos de orden jurídico. Los seguros, el derecho a la copropiedad y un testamento, aun redactado con precaución, son a menudo objeto de ataques por parte de la familia del difunto, bajo el pretexto de que éste sufrió una influencia indebida; y cabe que el compañero que sobrevive no tenga ninguna posibilidad de recurrir legalmente.

El cuadro que pintan KELLY (1977) y LANER (1978) es evidentemente menos sombrío que el de sus predecesores, pero subsiste el hecho de que aún sabemos muy poco sobre la vida de los homosexuales contemporáneos; además, los tiempos cambian con tanta rapidez que nadie se atreve a anticipar generalizaciones futuras.

KIMMEL (1974, 1978), que ha revisado la literatura científica hasta el momento y publicado los resultados de una investigación referida a 15 homosexuales neoyorquinos, escribe que uno de los factores principales de la evolución de los homosexuales que envejecen reside en la coincidencia de ciertos acontecimientos históricos con las épocas del desarrollo individual. Por ejemplo, la cohorte de 1900 se componía de quienes ya eran adultos cuando el hundimiento de la Bolsa; los de 1920 cursaban la segunda enseñanza durante la Crisis; la cohorte de 1940 nació durante la segunda guerra mundial y la de 1950 se componía de los nacidos durante el *baby boom.*

KIMMEL (1978, 1974) ha comparado también las etapas del desarrollo descritas por LEVINSON y cols. (1978) con los acontecimientos notables en la vida de las lesbianas y de los homosexuales, descritos por RIDDLE y MORIN (1977). Llega a la conclusión de que la imagen estereotipada del homosexual viejo y solitario, deprimido y frustrado en su vida, no resulta válida. Deplora asimismo la ausencia de estudios referentes a los homosexuales ancianos, las lesbianas y los homosexuales procedentes de grupos minoritarios y desfavorecidos. Es probable que las lesbianas y los homosexuales de edad tengan necesidades específicas pero, a falta de datos concretos, hay que limitarse a conjeturas.

La vida en una institución y la sexualidad

La probabilidad de vivir en una institución aumenta con la edad; supera actualmente el 20-25%, de suerte que bastantes

personas al final de su vida pasarán indudablemente varios, si no muchos, años en una institución.

Hasta ahora, poco es lo que se ha dicho o escrito sobre la vida sexual en las residencias de ancianos. Como resulta ya difícil reflexionar sobre la sexualidad de las personas de edad, es aun más arduo pensar en la de los internados en estos centros. MILLER (1975) afirma que, en razón de la situación que prevalece actualmente, los establecimientos de acogida a largo plazo para personas de edad se ven obligados a elegir al menos entre cinco líneas aceptables de conducta:

1. La institución puede adoptar una política de no intromisión conforme al principio de que las relaciones sexuales conciernen exclusivamente a la vida privada de los interesados y sólo deben depender de éstos, sea cual fuere su capacidad intelectual, y que la administración no tiene por qué intervenir.
2. La institución puede adoptar una política permisiva, dando libertad para que los internados "hagan lo que se debe". Según la filosofía y los orígenes étnicos y sociales de la dirección, este método tendrá como efecto estimular o desalentar, de manera tácita aunque pasiva, la actividad sexual de los internados.
3. La institución puede actuar *in loco infantis.* En este caso son los deseos expresados por los hijos de los internados los que prevalecen en lo referente a la vida sexual de sus padres. Las opiniones varían de una familia a otra, así como en el seno de una misma familia y los hijos no siempre mantienen la misma actitud hacia la sexualidad de su madre que hacia la de su padre.
4. La institución de acogida a largo plazo puede considerar la satisfacción sexual de los internados como un importante medio de comunicación y como una actividad adecuada para humanizar la vida en la residencia. Si el objetivo que se propone consiste en proporcionar a los ancianos una vida rica y plena conviene en efecto esforzarse por facilitar su vida sexual.
5. La institución puede tratar de reglamentar la vida sexual de los internados, so pretexto de que las relaciones sexuales entre las personas de edad no resultan naturales y que lo que se sale de lo natural no está bien. A veces sólo se prohiben los actos sexuales realizados en público o exclusiva-

mente se veda toda vida sexual a los internados afectados por la senilidad (MILLER, 1975, p. 31).

WASOW y LOEB (1979) han interrogado a 63 internados y a 17 miembros del personal de una residencia de ancianos con la ayuda de un cuestionario concebido con objeto de evaluar las siguientes actitudes respecto de la sexualidad: 1. Las relaciones sexuales se hallan principalmente destinadas a la procreación o al recreo; 2. A hombres y a mujeres se aplican las normas diferentes; 3. ¿Quien debería tener derecho a las relaciones sexuales? *v.g.* las personas de edad, los asolescentes, los enfermos mentales, los retrasados mentales, los homosexuales, los solteros; 4. ¿Es la masturbación normal o no lo es? ¿Es buena o es mala? y 5. ¿Hay una diferencia entre las costumbres de hoy y las de su juventud y en caso positivo, qué cabe pensar de las costumbres actuales? Todos los residentes interrogados tenían más de 60 años y la mitad habían superado los 80.

Los resultados de este estudio confirman la idea de que los ancianos son *considerados* más deseables desde el punto de vista sexual que las ancianas, pero en *realidad* la capacidad sexual masculina está más disminuída que la femenina. Llegan a la conclusión de que los internados en residencias tienen pensamientos y sentimientos de orden sexual y que los exteriorizan mediante ciertos comportamientos. El personal de los centros se muestra frecuentemente incómodo y no sabe qué conducta adoptar. LATORRE y KEAR (1977) han comprobado que entre el personal de las residencias para ancianos existe una actitud negativa hacia los comportamientos sexuales de las personas de edad, especialmente ante su masturbación. Maggie KUHN, líder de un grupo de activistas, los *"Gray Panthers"*, denunció un día esta actitud, portando una pancarta sobre la que se leían estas palabras: "Tocadme, las arrugas no son contagiosas". La ausencia de calor y de contactos tactiles en las residencias de ancianos hace nacer entre los internados un profundo sentimiento de soledad que Donna SWANSON (1978) expresa de manera emocionante en uno de sus poemas.

"Dios mío, qué viejas son mis manos. Jamás lo dije nunca en voz alta, pero lo
son.
Y tan orgullosa que antes me sentía de ellas. Eran suaves como el terciopelo
de un melocotón maduro. Ahora su suavidad se parece más a la de las sábanas
raídas o a la de las hojas secas. ¿Cuándo se tornaron garras nudosas y contraí-
das aquellas manos graciosas y pequeñas? ¿Cuándo, Dios mío? ¡Se hallan ex-
tendidas sobre mis rodillas como separadas de este cuerpo gastado que tan bien

me sirvió! ¿Cuánto tiempo hace que alguien me acarició? ¿Veinte años? ¿Veinte
años? Soy viuda desde hace veinte años. Respetada. Una persona a quien se son-
ríe. Pero nunca tocada. Jamás junto a alguien, para que se esfume la soledad.
Recuerdo, Dios mío, cómo me tenía mi madre junto a ella. Cuando había si-
do herida en mi cuerpo o en mi alma, me tomaba contra sí y acariciaba con sus
cálidas manos mi espalda y mis sedosos cabellos ¡Dios mío, qué sola me hallo!
Recuerdo al primer chico que me besó. ¡Era algo tan nuevo para nosotros! El
sabor de los labios jóvenes y de las palomitas de maíz, la impresión de los mis-
terios futuros.

Me acuerdo de Hank y de los bebés ¿Cómo podría recordarles de otra forma que no fuera juntos? Los bebés llegaron de las torpes y desmañadas tentativas de los nuevos amantes. Nuestro amor creció al mismo tiempo que ellos. Y, Dios mío, a Hank no parecía inquietarle ver cómo mi cuerpo se ensanchaba y se ajaba un poco. Siempre me amaba. Y también me acariciaba. No nos importaba no ser ya bellos. Y los niños me apretaban tanto contra sí. ¡Oh, Dios, qué sola estoy!

Dios mío, ¿Por qué no enseñamos a los hijos a ser apasionados y afectuosos tanto como dignos y decentes? Ya ves, cumplen con su deber. Se presentan en sus magníficos coches; vienen a mi habitación y me saludan. Charlan alegremente y evocan recuerdos. Pero no me tocan. Me llaman MAMA, MADRE o ABUELA.

Nunca Minnie. Mi madre me llamaba Minnie. Y también mis amigos. También Hank me llamaba Minnie. Pero ya se han ido. Y Minnie también. Sólo queda la abuela. ¡Y, Dios mío, qué sola está!*

La sexualidad y los problemas médicos en los ancianos

La cirugía prostática. Los hombres temen, a menudo, que una intervención quirúrgica en la región de la próstata signifique el final de su vida sexual y los cirujanos no siempre saben informar a sus pacientes acerca de los efectos de este tipo de intervención. En la mayoría de los casos, el enfermo debe firmar una declaración en la que se indica que "esta intervención puede provocar la impotencia". Aunque ésta no sea más que una posibilidad de complicación entre muchas otras, el hecho de verla claramente enunciada con la manifestación de su consentimiento y tener que firmarla hace traumatizante la situación. Pero son numerosos los hombres que después conservan intactas sus funciones sexuales. No obstante, algunos la toman como pretexto para poner fin a su vida sexual, simplemente porque creen ser ya demasiado viejos. Una intervención quirúrgica grave, en presencia de cáncer, supone el riesgo de una incidencia sobre las funciones sexuales pero, incluso en este caso, cierto número de sujetos son capaces de reanudar su vida sexual tras la operación.

*La traducción es del autor.

La diabetes. Los diabéticos tienen una tasa de impotencia superior a los demás hombres. De hecho, la impotencia es a veces el primer síntoma que induce al diabético a consultar a su médico.

Las vaginitis de senilidad. Se denomina así al conjunto de las modificaciones de la vagina y del útero provocadas por la reducción del nivel de estrógeno tras el climaterio femenino. Los casos graves son tratados frecuentemente con la ayuda de estrógeno y las probabilidades de éxito de esta terapéutica son, por lo general, bastante buenas. En los casos benignos, bastan las cremas lubrificantes, pero una vida sexual regular constituye la mejor terapéutica preventiva.

Las afecciones cardíacas. Tras una crisis cardíaca, el enfermo teme con frecuencia reanudar sus actividades sexuales. Pero, en la mayoría de los casos, este miedo carece de fundamento aunque resulte esencial seguir los consejos del médico. A menudo, los cardiólogos comprueban que el retorno a la vida sexual tras un episodio coronario sirve de gran ayuda (GRIFFITH, 1973), y continúan las investigaciones en torno a recientes observaciones que indican que la hipertensión causada por la frustración sexual constituye para los cardíacos un peligro más grave que las relaciones sexuales frecuentes. El coito practicado con la persona habitual y de una duración relativamente corta, es decir de 10 a 16 minutos, representa un gasto de energía inferior al que supone conducir un vehículo (HELLERSTEIN y FREIDMAN, 1970). Finalmente, el consumo de oxígeno en el momento del orgasmo es por lo general inferior al necesario para andar con rapidez o para subir una escalera. Sin embargo son numerosos los cardíacos que temen morir súbitamente durante el coito.

Durante un estudio referrido a 1.559 casos de muerte súbita provocada por afecciones cardíacas (UENO, 1963) se descubrió que el 6,6% de las muertes súbitas, es decir 34 personas, estaba asociado con la actividad sexual. Es, por lo demás, interesante apreciar que el 80% de las muertes súbitas asociadas con la actividad sexual sobrevinieron en el curso de las relaciones ilícitas. Estos y otros descubrimientos permiten suponer que rara vez se produce el fallecimiento repentino cuando las relaciones sexuales tienen lugar entre personas que las mantenían desde hacía largo tiempo.

La probabilidad de muerte súbita o de recaída tras un episodio coronario disminuirá si se tiene cuidado de tomar ciertas

precauciones (FOWLER, 1976; KOLLER y cols., 1977). Cabe, por ejemplo, adoptar durante las relaciones sexuales una posición menos fatigosa y prepararse mediante una buena noche de sueño así como abstenerse de realizar previamente ejercicios como el de subir una escalera. Los médicos pueden además prescribir un programa de ejercicios progresivos y dosificar en consecuencia los medicamentos. MASTERS y JOHNSON han insistido mucho en el hecho de que los resultados de sus estudios en laboratorio indican que no son los esfuerzos físicos asociados con las relaciones sexuales los que, por su naturaleza, aumentan el ritmo cardíaco y la tensión sanguínea, sino más bien las emociones que acompañan al acto sexual. Estos descubrimientos implican, entre otros puntos, que la variable crítica en la reducción de la probabilidad de incidentes coronarios durante el coito no es necesariamente el esfuerzo físico.

La impotencia. Rara vez tiene su causa en problemas fisiológicos (MASTERS y JOHNSON, 1966). La mayoría de los problemas que experimentan los hombres, dificultad de obtener erección, ausencia de eyaculaciones o eyaculación precoz, así como las experimentadas por las mujeres, disminución de la intensidad de la respuesta sexual o del orgasmo, son de naturaleza psicológica. MASTERS y JOHNSON han sido los pioneros en el campo de la terapéutica de las disfunciones sexuales. Cabe hallar un resumen de sus trabajos en el libro *Human Sexual Inadequacy** (MASTERS y JOHNSON, 1970). Aunque sólo hayan tratado a un número limitado de clientes ancianos, MASTERS y JOHNSON, han obtenido resultados satisfactorios gracias a la aplicación de sus técnicas terapéuticas.

Cabría instruir más a los ancianos sobre su capacidad sexual y los cambios que la edad puede aportar al respecto. Las disfunciones sexuales pueden resultar, en efecto, de la actitud respecto del envejecimiento y de los estereotipos sociales que pretenden que un compañero anciano sea poco atractivo. Es preciso saber también que se puede reanimar un deseo debilitado, recurriendo sencillamente a una técnica apropiada (BUTLER y LEWIS, 1977).

Para aumentar la probabilidad de éxito, importa efectivamente comprender la naturaleza de la sexualidad masculina en el hombre mayor y modificar ciertas prácticas y actitudes. Los

**Incompatibilidad sexual humana.* Buenos Aires, Intermédica, 1970. *(N. del R.)*

hombres de una edad avanzada pueden experimentar alguna dificultad para obtener una erección en respuesta a las estimulaciones cerebrales o mentales (MASTERS y JOHNSON, 1966). Cabe compensar esta dificultad mediante el masaje y la manipulación del pene. La aplicación de estas técnicas requiere, sin embargo, la plena cooperación de la compañera sexual. Los hombres pueden aprender también a hacer manipulaciones orales, manuales y digitales que les permitirán satisfacer a su compañera sin tener que sufrir la angustia ligada al temor de no poder desempeñar convenientemente su papel. Ciertas técnicas empleadas en el tratamiento de la impotencia y de la frigidez se centran en la comunicación: los dos participantes deben manifestarse libremente sobre la naturaleza de las actividades que les procuran placer. Han de interesarse también por el conjunto de las situaciones sexuales en vez de centrarse exclusivamente en los momentos dedicados al coito.

Prejuicios e ideas falsas

El libro *Study Guide on Sexual Life in the Later Years* (RUBIN, 1970) refuta algunos de los prejuicios más comúnmente relacionados con la sexualidad.

1. La impotencia precoz no se halla en manera alguna relacionada con un desgaste sexual prematuro. No hay, en efecto, ninguna relación evidente entre el nivel anterior de la actividad y, aunque exista, el final de la vida sexual. KINSEY afirma que por el contrario, sus datos autorizan a pensar que quienes comienzan su vida sexual pronto tienen tendencia a concluirla más tarde que los demás.
2. Las relaciones sexuales y, muy especialmente, la emisión del esperma no debilitan ni aceleran la llegada de la vejez o de la muerte. Esta creencia estuvo bastante extendida durante los siglos anteriores pero es falsa. La emisión del esperma puede compararse con la pérdida de la saliva cuando se escupe y no produce efecto fisiológico alguno sobre ningún aspecto del funcionamiento humano.
3. La menopausia no provoca necesariamente una disminución de la satisfacción sexual. Al contrario, habiendo desaparecido el miedo al embarazo, las relaciones sexuales resultan mejoradas. Las dificultades relacionadas con la disminución de estrógeno, a las que anteriormente nos hemos referido, pueden constituir un problema, pero cabe aliviarlas mediante un tratamiento apropiado. Si existe alguna reducción de la satisfacción sexual tras la menopausia, sus causas son mucho más imputables a las expectativas que a los efectos físicos.
4. La histerectomía, operación que implica por lo general la ablación del útero y a veces la de los ovarios, es fuente de ansiedad para ciertas mujeres. Las investigaciones indican que, por lo general, si la mujer obtiene previamente la seguridad de que recobrará una vida sexual satisfactoria tras la operación, sus expectativas se verán después confirmadas. No hay en esto más que una excepción: la ablación de los ovarios; ésta desencadena en efecto una menopausia artificial porque son los ovarios los que producen el estrógeno. Puede, pues, que sea necesario prever una terapéutica adecuada para paliar la deficiencia de estrógeno a fin de atajar los síntomas de vaginismo de senilidad.
5. Rara vez son hombres de más de 60 años los que se entregan a atentados contra el pudor de los niños. De hecho, todos los estudios referidos a la cuestión demuestran que, en el seno de este grupo de edad, se encuentra el *menor* número de sujetos susceptibles de acosar a los niños. Los exhibicionistas, de los que el modelo clásico es el paseante de un parque que muestra su cuerpo desnudo bajo una gabardina, raramente tienen más de 40 años y la mayoría no han cumplido los treinta. Casi todas las investigaciones practicadas con ocasión de la detención de personas de edad acusadas de atentados contra el pudor de los niños, han revelado que se trataba de un equívoco. Cuando una persona de edad busca un contacto humano corre el riesgo de que su gesto sea mal comprendido y pase por una incitación sexual.
6. No hay afrodisíacos. Aunque ciertos productos químicos puedan irritar ligeramente las vías urinarias o causar sensaciones extrañas, carecen de efecto directo sobre el deseo o la capacidad sexuales. Un pretendido afrodisíaco puede producir el efecto de un placebo; es la confianza que estimula el deseo o acalla el temor a la impotencia. Sólo los afrodisíacos prescritos por KINSEY son susceptibles de facilitar la realización del acto sexual: una buena salud, bastante ejercicio y mucho sueño.

CAPITULO VI

LA SALUD MENTAL Y EL ENVEJECIMIENTO

Este capítulo trata de la salud mental en las personas de edad. Aunque las categorías que siguen a continuación no se excluyen mutuamente, hemos considerado más apropiado estudiar por separado: *a*) las patologías sociales, *b*) las afecciones psíquicas y *c*) las afecciones cerebrales orgánicas. En la práctica no es fácil distinguir estas tres categorías porque, con frecuencia, una dificultad se superpone a otra o puede provocarla. Concluiremos con unas consideraciones sobre los métodos de tratamiento y el progreso de las técnicas de prevención.

Las patologías sociales

Las personas de edad viven por lo general en un medio social diferente del de los grupos más jóvenes. Así del 24 al 28% de las personas de más de 65 años viven solas (BUSSE y PFEIFFER, 1977). BUSSE y PFEIFFER estiman que el 9% de las personas de más de 65 años viven en un estado de aislamiento social que no les permite conocer la intimidad. Las investigaciones indican que hay una relación entre la frecuencia de los contactos sociales y el sentimiento de satisfacción respecto de la vida. Si se supone que esta proporción del 9% es válida, es preciso llegar a la conclusión de que un elevado porcentaje de la población de edad se encuentra en un estado de extremada privación social, cuyas incidencias sobre la salud mental son considerables.

En este punto de la exposición resulta importante distinguir el aislamiento de la soledad. Esta guarda relación con la reacción o con el sentimiento personal que puede sobrevenir incluso cuando uno se encuentra en medio de una multitud. No es necesario estar solo para sentirse solo. Así, en el momento de comprar unos regalos de Navidad para sus hijos que ya no viven con ella, una madre de familia puede sentir soledad aunque esté en unos almacenes rebosantes de gente. Algunas personas que viven solas no se sienten solitarias mientras que otras sufren de soledad incluso entre una multitud. En general, no son los individuos que poseen una larga experiencia del aislamiento y de la soledad los que presentan unas perturbaciones psíquicas durante la vejez, sino quienes ven disminuir la frecuencia de sus relaciones con otros por muy diferentes causas: muerte del cónyuge, de los amigos o de los parientes próximos, alejamiento de los miembros de la familia, achaques que tornan difíciles las visitas y las comunicaciones, problemas económicos y dificultades de transporte que reducen la frecuencia de los contactos.

Todo lo que contribuye a disminuir la autoestima y el valor social del individuo puede favorecer la aparición de afecciones psíquicas en las personas de edad. En otro lugar trataremos de esta disminución de la autoestima y del valor social de los ancianos en nuestra cultura. La jubilación obligatoria, aliada a un profundo respeto por el trabajo, puede hacer surgir sentimientos negativos, tanto respecto de uno mismo como de la situación, sentimientos que quizá susciten trastornos físicos y psíquicos. Cabe además que las dificultades emotivas tengan como causa otros problemas sociales frecuentes como la pérdida de los ingresos, la impresión de no ser ya dueño de su suerte, el cambio de domicilio o la alteración de la salud.

El resultado principal de estos cambios parece ser un sentimiento de soledad, porque todos estos elementos contribuyen a la disminución de los contactos sociales. La pérdida de la autoestima provoca en efecto la impresión de no tener ya relaciones en cuanto persona humana. La soledad puede definirse como el estado o el sentimiento personal que se experimenta cuando se *estima* que el nivel de las relaciones sociales es insuficiente o que éstas no son satisfactorias.

La soledad puede asociarse a una cierta timidez que impide asumir la iniciativa de los contactos sociales tras un cambio de ambiente o de condiciones (CONTI, 1970). Los ancianos que se consideran depreciados después de la jubilación o tras una dis-

minución de los ingresos, o incluso porque han tenido que abandonar la casa familiar para vivir en un sencillo apartamento o una habitación de módico alquiler, pueden conocer este tipo de aislamiento así como una profunda sensación de soledad.

En muchos casos, las personas de edad que viven solas pasan gran parte de su tiempo pensando en sus hijos lejanos y/o llorando a su desaparecido cónyuge. Este tipo de aislamiento puede conducir con facilidad a la depresión y perjudicar el buen funcionamiento social.

LOPATA (1969) ha estudiado el fenómeno de la soledad que acompaña a la viudez. Esta investigadora considera que está constituido por tres dimensiones: el pasado, el presente y el futuro. La primera es una tendencia a vivir en el pasado y a considerar el presente bajo una luz desfavorable con relación a etapas anteriores. Califica de nostalgia a este tipo de soledad. La segunda dimensión designa la tendencia a sentirse vacío, incompleto y aislado. Por lo que se refiere a la tercera, se trata del temor de ver aumentar la soledad. LOPATA ha identificado diez componentes de la soledad en las viudas observadas:

1.– Pérdida del sentimiento de ser un objeto de amor;
2.– pérdida de un ser al que cuidar;
3.– ausencia de un ser con quien compartir;
4.– privación de una presencia;
5.– privación de una ayuda en la realización de las tareas cotidianas;
6.– nostalgia de las actividades familiares;
7.– impresión de la pérdida de su rango;
8.– alteración de las relaciones sociales;
9.– incapacidad para trabar nuevas amistades;
10.– diversas combinaciones de los nueve factores precedentes.

Advirtamos que constituyen impresiones subjetivas, susceptibles de mejora bajo el efecto de intervenciones apropiadas que se produzcan en el momento oportuno. El hecho de devolver a un viudo o a una viuda el sentimiento de ser útil y necesario y de participar en la vida social, de proporcionarle en fin un sentimiento de plenitud, puede contribuir, en efecto, a hacer que disminuya su impresión de soledad.

TOWNSEND (1973) ha elaborado un método para calcular el grado de aislamiento de las personas de edad, evaluando el número de contactos sociales de todo tipo a los que tienen acceso durante un determinado período. Los 203 individuos de su muestra se distribuyen en tres categorías: no aislados, más bien aislados y aislados. La mayoría de los sujetos, es decir el 77%, se hallaban comprendidos en el grupo de los "no aislados". Entre estos últimos, un 3% padecían soledad mientras que un 18% declaraban sentirse solos a veces. El número de sujetos que padecían soledad era evidentemente mayor entre los aislados (10% del conjunto); sin embargo un 60% de estos últimos afirmaron que *no* se sentían solos. Este estudio demuestra una vez más que la correspondencia entre las impresiones subjetivas y las condiciones objetivas es real pero imperfecta.

Estos datos autorizan a pensar que el hecho de procurar unos contactos sociales a las personas de edad constituye un medio importante para que venzan sus sentimientos de rechazo y de soledad. En cualquier caso, no cabe esperar que todas las personas de edad aprecien tales intervenciones. Algunas pueden temer también manifestar su gratitud por miedo a entrar en una nueva relación de dependencia que podría concluirse como las demás. La dimensión futura de la soledad, identificada por LOPATA, el miedo a ver aumentar esta misma, lo que podría denominarse "angustia de la soledad", puede perjudicar el establecimiento de buenas relaciones en el presente, por temor a verlas romperse fatalmente en el futuro.

El efecto del *stress* sobre la enfermedad y la salud mental durante la vejez constituye una fuente importante de dificultades ligadas a la situación social. Las investigaciones (*v.g.* RAHE, MCKEAN y ARTHUR, 1967) han hecho aparecer una relación directa entre el número de los cambios importantes en la vida de un sujeto y los episodios de enfermedad subsiguientes. En efecto, la viudez, el divorcio, la pérdida de un empleo, así como el matrimonio, modificaciones que sobrevengan en la relación entre hombres y mujeres, el hecho de contraer una considerable deuda hipotecaria e incluso cambios menores como un permiso o unas vacaciones, poseen un efecto acumulativo y pueden aumentar el riesgo de muerte o de enfermedad grave.

Las perturbaciones psíquicas (psicopatología)

Es relativamente poco elevado el número de personas de edad afectadas por enfermedades mentales o, al menos, reconocidas como tales y confiadas a los cuidados de un terapeuta. Sin embargo, cuando se presentan perturbaciones psíquicas, el enfermo anciano se verá con mayor frecuencia internado, en vez de ser tratado en una clínica externa o en el marco de un programa comunitario. En América del Norte, la proporción

de las personas de más de 65 años que viven en instituciones psiquiátricas es aproximadamente del 1%. La mayoría de ellas están llegando al fin de su vida y la probabilidad de ser hospitalizada después de los 65 años supera ampliamente el 1%. Si se compara la población de los hospitales, se comprueba que los enfermos de más de 65 años forman el 30% de la población de los hospitales públicos, frente al 11% de la población de los centros hospitalarios privados. Estas tasas se oponen al débil porcentaje, es decir un 2%, de las personas de edad atendidas en clínica externa. Alrededor del 50% de los enfermos de más de 65 años internados en un hospital psiquiátrico son considerados como afectados por un "síndrome cerebral orgánico", expresión que corresponde en el lenguaje técnico a lo que el profano llama "senilidad". La otra mitad se distribuye entre las diversas "psicosis" o, dicho de otra manera, las enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia. Cierto número de ancianos "psicóticos" han pasado su vida en un hospital psiquiátrico. Sin embargo, cada vez se tiende más a tratar a las personas de edad en los centros comunitarios, lo que verosímilmente tendrá como efecto hacer bajar las tasas de hospitalización.

Las perturbaciones afectivas. Los trastornos de la afectividad, o de la emotividad, constituyen una categoría de anomalías psíquicas. Las perturbaciones afectivas son, por lo general, de dos géneros: unipolares y bipolares. El tipo unipolar aparece por lo general más tardíamente en la vida, hacia los 45 años como promedio, y se caracteriza por un predominio poco común de sentimientos negativos como la depresión. El tipo bipolar se manifiesta por lo común más pronto, hacia los 26 años como promedio y comporta el retorno cíclico de estados emotivos *opuestos*, alternando entre la manía (energía desbordante, exaltación eufórica) y la depresión. Los trastornos de la afectividad van desde desórdenes ligeros y pasajeros, como los sentimientos depresivos que cada uno experimenta en tal o cual momento de su vida, a las perturbaciones debilitantes que ocasionan alteraciones graves, profundas y prolongadas.

La depresión. Los trastornos afectivos unipolares más corrientes son las enfermedades llamadas de depresión "pura". Se encuentran en proporción igual en los hombres y en las mujeres y sobrevienen por lo común y por primera vez a los 40

años. El síntoma característico de este estado es un sentimiento de profunda depresión que no parece relacionado con nada en la existencia del enfermo. Algunos autores prefieren distinguir este estado de las pretendidas "enfermedades de carácter depresivo" que engloban otros diversos síntomas del comportamiento como el alcoholismo y las conductas psicopáticas, en especial en los hombres. La psicosis depresiva se caracteriza por un sentimiento generalizado de melancolía, una visión muy pesimista del futuro y una débil autoestima, así como por la presencia de otros síntomas como la pérdida de peso, la anorexia, el estreñimiento, el insomnio y/o la agitación febril o el retraso psicomotor.

Lo que precede exige que precisemos la distinción entre la depresión y el duelo. Este último es una reacción provocada por una pérdida específica e identificable o por un número restringido de pérdidas específicas e identificables. Aunque la depresión y el duelo sean aproximadamente semejantes respecto al humor y a los componentes fisiológicos, la depresión puede sobrevenir en ausencia de toda pérdida, quizá en presencia de un éxito o de una situación positiva recién lograda. Por el contrario, el duelo puede precipitar una depresión totalmente desproporcionada con relación a la pérdida sufrida. Si cabe hacer fácilmente la distinción en beneficio del análisis, resulta sin embargo casi imposible establecerla en la realidad. Aún se distingue a veces entre las depresiones de tipo endógeno (depresión) y las depresiones de tipo exógeno (duelo). Como el duelo resulta corriente durante la vejez, volveremos a referirnos al asunto en el Capítulo VIII, para tratar aquí sólo de la depresión propiamente dicha, que es de tipo endógeno.

Cabe reducir a cuatro tipos los enfoques teóricos de la depresión, es decir los tipos freudiano o dinámico, conductista, cognitivo y social. Pero sea cual fuere la escuela de pensamiento a la que pertenecen, todas las teorías predicen el recrudecimiento de las dificultades durante la vejez, lo que no tiene nada de sorprendente, puesto que toda teoría se apoya en la observación y la depresión es uno de los problemas más comunes de la vejez.

Teoría psicoanalítica de la depresión. La comunicación de FREUD titulada *Duelo y Melancolía* (1915) es lo que sirve de base a la mayor parte de las hipótesis psicoanalíticas respecto a la depresión. FREUD había observado que, aunque la depresión

resultaba a menudo precipitada por una pérdida, existía sin embargo una diferencia entre las reacciones normales de duelo y las reacciones depresivas *patológicas*. En el duelo, el sujeto halla vacío el mundo, pero no pierde por eso su autoestima. Por el contrario, los deprimidos experimentan una sensación de vacío interior, pierden su autoestima y ven deteriorarse, con el tiempo, su relación con los demás. Sin embargo, las relaciones sociales exteriores de la persona en duelo mejoran con el tiempo.

Según FREUD, la depresión es una reacción a la pérdida que viene acompañada de sentimientos de culpabilidad. Estos conducen a la introyección del objeto perdido (la persona desaparecida) y a unos sentimientos de hostilidad hacia sí mismo. Como los ancianos han sufrido por lo común numerosas pérdidas, tanto físicas como económicas y sociales, tienen razones para sentirse culpables. El efecto acumulativo de estas pérdidas puede avivar en ellas la aparición de un estado depresivo, incluso en ausencia de toda predisposición. Con cada nueva pérdida, la culpabilidad, la hostilidad y la depresión se acentúan, hasta el punto de que el futuro no reserve ya para las personas de edad ninguna esperanza de alivio. Esta visión pesimista se complica aún más en FREUD por la impermeabilidad de la psiquis que envejece y el hecho de que el pronóstico de una terapia de orientación psicoanalítica sea desalentador.

Teorías conductistas de la depresión. Tradicionalmente, los conductistas han asociado la depresión a una pérdida de refuerzos (FERSTER, 1974). Según ellos, una persona que se ve privada de refuerzos positivos, tanto físicos como sociales se deprime, lo que provoca una caída de la tasa de actividad, seguida de una nueva baja de la tasa de refuerzos y así sucesivamente, de suerte que el enfermo deprimido se encuentra encerrado en un círculo vicioso. No es pues difícil comprender que la teoría conductista profetice una elevación de la tasa de depresión en el momento de la vejez, puesto que las personas de edad sufren una pérdida de refuerzos positivos consecuente a la privación de actividades, a las dificultades económicas y al aislamiento social.

En otra perspectiva, la teoría conductista examina el "resultado anticipado", es decir, la medida en la que el sujeto se estima capaz de dirigir las contingencias del reforzamiento deseado (ROTTER, 1966). La teoría llamada de la instancia de dirección

o también de las contingencias de la respuesta explica la depresión, atribuyendo al individuo el sentimiento de estar gobernado por unas fuerzas exteriores (personas humanas o fuerzas inherentes al entorno) o bien el de ser único responsable de las satisfacciones que obtiene (SELIGMAN, 1974; SELIGMAN, 1975*a* y SELIGMAN, KLEIN y MILLER, 1976).

Teorías cognitivas de la depresión. BECK (1967) ha formulado una teoría que pretende que la depresión está basada en buena parte en una tríada cognitiva negativa (un grupo de tres elementos). El tema central de esta tríada se estructura en torno de las representaciones 1) del sí, 2) del mundo exterior y 3) del futuro; y el deprimido pasa el tiempo rumiando los aspectos negativos. Estas representaciones negativas proceden de una serie de distorsiones lógicas que presentan al individuo como un perdedor que siempre continuará perdiendo.

Teorías sociales de la depresión. El nombre de Harry SULLIVAN es el primero que se evoca cuando se quiere hablar de los aspectos sociales e interpersonales de la depresión. Según SULLIVAN (1953), nuestra personalidad depende en gran parte del "sí especular", concepto que toma de George Herbert MEAD (MEAD, 1933, 1934). Según este concepto tenderíamos a vernos a través de los ojos de los demás, así como a captarnos en sus reacciones e interacciones respecto de nosotros. Si sus reacciones son siempre favorables, poseeremos una buena "imagen especular" de nuestro sí, pero si, por el contrario, sus reacciones son desfavorables o carecen de continuidad, la "imagen especular" de nuestro sí será negativa. Este concepto de la estima del sí, fundado en la percepción de las percepciones de los demás, significa que todos nuestros comportamientos se hallan orientados en función de este "otro generalizado", tanto si está presente como si no lo está.

Los ancianos, cuya interacción se encuentra limitada y es a veces negativa, pueden decirse: "Quizá esté bien que no me relacione ya con mucha gente porque les parecería probablemente viejo, achacoso y estúpido". Tales pensamientos les incitan a rehuir los contactos con los demás, lo que no hace más que incrementar sus ideas negativas respecto de sí mismos.

Tratamiento de las perturbaciones afectivas. El tratamiento de las perturbaciones afectivas se reduce a cuatro tipos de in-

tervención: 1) psicoterapia, 2) modificación del entorno (*v.g.* se colocará a la persona en un ambiente en donde tenga más amigos y se le procurará un trabajo o unas actividades que posean un sentido), 3) utilización de agentes terapéuticos como los antidepresivos tricíclicos, los principales tranquilizantes y el litio y 4) sismoterapia (descarga eléctrica). En MISHARA y PATTERSON (1979) puede hallarse un complemento informativo sobre las técnicas de intervención.

Suicidio y comportamientos perjudiciales. Contrariamente a lo que en general se cree, la tasa de suicidio suele aumentar con la edad, en especial en los hombres blancos. En los Estados Unidos, según las estadísticas oficiales (NCHS, 1975), el 23% de todos los suicidios corresponden a personas de más de 60 años. Se admite, por lo común, que las cifras oficiales de suicidios subestiman la frecuencia real de las muertes por esta causa, sobre todo en el caso de las personas de edad. En efecto, el descubrimiento del cadáver de una persona joven da lugar, por lo general, a una autopsia y a una investigación con objeto de determinar la causa de la muerte. Pero este procedimiento resulta mucho menos frecuente en el caso de ancianos.

La probabilidad de éxito de las tentativas de suicidio en las personas de edad es, sin embargo, mucho más elevada que en los jóvenes y sus crisis de suicidio tienen numerosas causas: jubilación o muerte de un amigo íntimo o de un pariente próximo, inseguridad económica, sensación de soledad y de rechazo, inminente internamiento en una institución, reacción a la enfermedad física o mental. La tasa de suicidio en las personas de edad refleja probablemente la ausencia más o menos total de un apoyo moral que les permitiría atravesar las crisis propias de la vejez. Las medidas de prevención del suicidio de las personas de edad deberían comportar una solución de alternativas a la jubilación, la ayuda necesaria para superar el duelo (ver Capítulo VIII) y el establecimiento de programas de ayuda mutua y de educación destinados a los ancianos así como a su familia y a sus amigos.

Al margen de las tentativas de suicido propiamente dichas, se aprecia en las personas de edad unos comportamientos que ponen en peligro su vida y contribuyen a su muerte prematura (KASTENBAUM y MISHARA, 1971; MISHARA, ROBERTSON y KASTENBAUM, 1974). Aunque estos comportamientos perjudiciales no sean por lo común clasificados entre las tentativas de suicidio, pueden tener una incidencia en la longevidad. Por comportamientos perjudiciales se entiende, entre otros, la negativa a alimentarse o a seguir un régimen adecuado, a aceptar las instrucciones del médico y a vestirse adecuadamente con tiempo frío. Tales conductas son frecuentes en el ambiente de una residencia, pero cabe prevenirlas mediante la mejora general del entorno o el establecimiento de programas específicos de intervención (MISHARA, ROBERTSON y KASTENBAUM, 1973).

La hipocondría. Se manifiesta mediante una preocupación angustiosa por ciertas partes del cuerpo que el sujeto cree lesionadas o enfermas. Se estima que los hipocondríacos encuentran a menudo en estos síntomas un pretexto para escapar a sus obligaciones sociales, puesto que se considera que un enfermo es incompetente e incapaz de cuidar de sí mismo. La enfermedad sirve, pues, para justificar la necesidad de dependencia respecto de otros. Como la enfermedad resulta más amenazadora para las personas de edad, éstas acaban a menudo por trocar su inquietud en reacción exagerada de angustia, es decir en hipocondría.

Los hipocondríacos centran habitualmente su atención en sí mismos y no en los demás. Este fenómeno se explica en parte por el hecho de que la angustia referida a su cuerpo parece menos amenazadora que la que proviene de los demás. Cabe en efecto que los individuos incapaces de tolerar la angustia causada por las condiciones exteriores de su existencia, desplacen inconscientemente la fuente de esta angustia. Pero según otra interpretación, los hipocondríacos hallarían en la enfermedad un castigo o un medio de expiar las faltas de las que se sienten culpables.

Generalmente, cuando se pretende ayudar a un hipocondríaco, resulta inútil tratar de persuadirle de que no tiene la enfermedad que cree padecer. Los médicos que recurren a las radiografías y a los resultados de los análisis para convencer a sus pacientes de que disfrutan de una salud excelente, se sienten a menudo frustrados ante su incredulidad. Eventualmente, consultarán a otros facultativos porque están seguros de presentar una afección médica. Más vale aceptar a menudo ocuparse del paciente, atendiéndole si es preciso o administrándole un "placebo" (medicamento que, en realidad, no tiene efecto alguno pero que da a las personas la ilusión de que se les atiende). Tampoco se recomienda decir a los familiares que el enfermo

"se imagina cosas". De hecho los hipocondríacos mejoran a veces cuando se trata verdaderamente de ayudarles y cabe obtener buenos resultados, recompensando sus comportamientos sanos mediante la atención, el estímulo y felicitaciones.

Las reacciones paranoides. La paranoia es un sentimiento de desconfianza hacia personas o fuerzas exteriores percibidas como capaces de perjudicar. La paranoia puede ser muy ligera, como cuando un empresario llega a veces a pensar que quieren aprovecharse de él. Pero puede revestir una forma grave y manifestarse por la sensación de que unos auténticos extraños intentan atacar al enfermo. Las reacciones paranoides aumentan durante la vejez. Este incremento puede explicarse por el hecho de que la sordera y las perturbaciones de la percepción resultan frecuentes entre los ancianos. Es posible que las personas que no oyen muy bien acaben por interpretar equivocadamente ciertas declaraciones y atribuir a los demás intenciones hostiles o agresivas.

La paranoia se centra por lo común en las personas conocidas por el enfermo, como unos vecinos, el lechero, etc. Las psicosis paranoides suponen un 10% de los ingresos en los hospitales psiquiátricos, aunque la mayor parte de los paranoicos sean jóvenes (no se incluyen en este porcentaje los enfermos afectados de senilidad o de síndromes cerebrales orgánicos en los que la paranoia puede ser un síntoma).

El tratamiento de las reacciones paranoides necesita por lo general una disminución de la angustia. La psicoterapia puede consistir en proporcionar al sujeto una explicación válida de los acontecimientos que le resultan amenazadores, así como devolverle la autoestima. Los medicamentos pueden contribuir también al alivio de la ansiedad aunque su utilización en personas de edad, que toman ya otros fármacos, exige serias precauciones al objeto de evitar las interacciones nocivas.

Cabe igualmente intervenir en el entorno, para convertirle en menos amenazador, ayudando al enfermo a comprender mejor a su medio. Por ejemplo, el empleo de vidrios correctores o de una prótesis auditiva o incluso la presencia de una ayuda doméstica, pueden bastar para que desaparezca la angustia y para que el sujeto recobre una sana percepción de lo que sucede en su universo. La paranoia se desarrolla favorecida por elementos extraños; su aparición es pues menos probable cuando el sujeto vive rodeado de amigos, en un contexto que le resulta familiar.

Las reacciones de angustia. Se manifiestan por el temor y la anticipación ansiosos de un mal, incluso cuando es difícil determinar de qué se tiene miedo. En efecto y por lo general, el objeto de la angustia se halla mal definido. La angustia llega acompañada de sensaciones corporales como la tensión muscular, las palpitaciones o sudor excesivo. Las reacciones de angustia proceden, a menudo, de un sentimiento de impotencia ante la vida. Puede temerse el futuro, la muerte o la dificultad de vivir.

En presencia de las reacciones de angustia, a veces resulta útil permitir al enfermo que exprese libremente sus temores. Una vez determinado su objeto, será en efecto más fácil adoptar unas medidas paliativas; por el contrario, resulta difícil intervenir mientras que las causas de la angustia sigan siendo generales y nebulosas. Los tranquilizantes pueden aliviar temporalmente la angustia, pero tienden a crear hábito, hasta el punto de necesitar dosis cada vez mayores; ello supone el riesgo de que surjan efectos secundarios graves, así como el desarrollo de toxicomanías. También pueden revelarse muy útiles la relajación y el adiestramiento en el dominio del *stress.*

La esquizofrenia. La esquizofrenia es una perturbación emotiva grave, definida por el carácter superficial o lábil de los afectos (emociones inapropiadas o ausencia de emociones), el retraimiento y la despersonalización. Son corrientes el delirio y la alucinación, y la hospitalización se hace necesaria cuando estas perturbaciones se tornan graves. El diagnóstico de esquizofrenia es el más frecuente entre los enfermos de los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, desde la aparición en 1954 del primer tranquilizante importante, la cloropromacina (conocida en el comercio bajo los nombres de Largactil, etc.), ha disminuido considerablemente la población de esquizofrénicos internados en los hospitales. Pese a los efectos de la cloropromacina y a los descubrimientos posteriores, la mayoría de los esquizofrénicos siguen pasando períodos reiterados en los hospitales.

La esquizofrenia se manifiesta típicamente en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta. Los esquizofrénicos ancianos son, pues, enfermos afectados desde muchos años atrás y que han envejecido en ese estado. Si los enfermos de edad son con frecuencia esquizofrénicos, no significa que sea un fenómeno que acompaña al envejecimiento, sino simplemente el

hecho de que numerosos sujetos afectados por la esquizofrenia hayan alcanzado la edad de la vejez.

Los mecanismos de defensa en los ancianos. Se trata de actitudes de adaptación muy empleadas. BUTLER y LEWIS (1977) las consideran como medios de dominar la angustia, los impulsos agresivos, el resentimiento y las frustraciones. Estos mecanismos son esquemas automáticos y tradicionales de comportamiento que gobiernan nuestros sentimientos interiores y que se hallan tan bien afirmados, que con frecuencia recurrimos a ellos sin ser conscientes del hecho. Así sucede con la *negación* de la vejez y de la muerte, que resultan corrientes, y con la pretensión de ser áun joven y con la *racionalización* del sentimiento de inmortalidad (*v.g.* no voy a morir como los demás porque he reducido mi consumo diario de sal y hago *jogging* todos los días).

El mecanismo de defensa denominado *proyección* consiste en atribuir a los demás los sentimientos propios. Por ejemplo, determinada persona que sospecha que los demás pretenden perjudicarla, puede alimentar un sentimiento de cólera y querer perjudicar a los demás. La *fijación* designa una detención de la evolución personal en un campo cualquiera. Entre los ejemplos de fijación en las personas de edad, cabe citar la negativa a la pérdida del cónyuge o la incapacidad para admitir el debilitamiento que sobreviene fatalmente en este estadio de la vida. Se denomina *regresión* el retorno a un estado de adaptación anterior y a unos comportamientos calificados de infantiles. A menudo los ancianos dependen, más que antes, de los demás desde el punto de vista emotivo e incluso a veces del físico; en ciertos casos pueden "regresar" y volver a los antiguos comportamientos dependientes que adoptaron en la infancia. El *desplazamiento* se define como el hecho de referir la angustia a un objeto que sirve de auténtico sustituto a la verdadera fuente de angustia. Por ejemplo, un anciano que tiene la impresión de perder su fuerza física y sus capacidades intelectuales, puede referir su angustia a la polución del aire por parte de los jóvenes o a la guerra que hace que se maten entre ellos; se halla entonces en libertad de preocuparse de estos acontecimientos exteriores, en vez de atender a los cambios que se producen en él.

Los *comportamientos contrafóbicos* hacen que el sujeto afronte el peligro con la esperanza de vencerlo, como el cardíaco que desoye las advertencias de su médico sobre el riesgo de que un esfuerzo provoque una crisis fatal y se dedica a palear la nieve durante horas, desafiando así el peligro y la muerte.

La *idealización* es un mecanismo de defensa por el que se exalta el pasado perdido. Es el medio de proporcionar un sentido al presente, convenciéndose de que se ha dado un sentido a la vida. En los casos extremos, puede llegar hasta el hastío del presente en beneficio de un pasado considerado como perfecto cuando en realidad no fue quizá tan de color de rosa. Las investigaciones sobre la *rigidez* han mostrado que, pese a los prejuicios de caracter opuesto, ésta no era muy frecuente entre las personas de edad. Los estudios han revelado, en efecto, que los sujetos ancianos no se hallan más aferrados que los jóvenes a sus hábitos. La rigidez puede servir de defensa en cualquier edad, cuando una crisis amenaza la integridad de la persona. La *memoria* o *atención selectiva* es la defensa por la cual uno se niega a ver o a oír lo que no quiere saber. Cabe, por ejemplo, reducir el volumen de la prótesis auditiva o negarse a llevar las gafas.

Las perturbaciones orgánicas cerebrales

Los síndromes orgánicos cerebrales (SOC) engloban las perturbaciones, que el profano denomina a menudo "senilidad", en sus manifestaciones extremas. Antaño no estaban diferenciadas las perturbaciones orgánicas cerebrales. Se presentaba o no se presentaba un síndrome orgánico cerebral (SOC), pero ahora está determinado que es preciso distinguir dos grandes categorías de SOC: el síndrome *agudo* o *reversible* (SCR) y el síndrome crónico (SCC). Todos los síndromes orgánicos cerebrales poseen cinco rasgos distintivos: 1) perturbación y deterioro de la memoria, 2) alteración del funcionamiento intelectual o entendimiento, 3) alteración del juicio, 4) alteración de la orientación con relación al tiempo, al espacio y las personas, y 5) afectos superficiales o lábiles, por lo que se entiende que el sujeto apenas manifieste emociones o bien presente saltos de humor (afecto lábil). Estos cinco rasgos no se hallan obligatoriamente presentes al mismo tiempo ni en la misma proporción, pero resultan tanto más frecuentes cuanto más pronunciado es el SOC.

Añadamos que es importante distinguir entre los síntomas del mismo SOC y las reacciones del enfermo afectado por el

SOC. En ciertos casos, el enfermo sólo sufre perturbaciones características causadas por el SOC, pero no presenta ningún cambio fundamental del comportamiento o de la personalidad. Puede reconocer que experimenta ciertas dificultades y modificar en consecuencia su conducta. Así, las personas que empiezan a perder la memoria colocarán a su alcance los objetos que deben llevar al trabajo, con el fin de verlos en el momento de salir, lo que es una manera de compensar la amnesia.

Ciertos SOC son efectivamente causados por el deterioro del mismo cerebro; éstas son las pretendidas demencias seniles. Tales casos presentan desórdenes psicóticos graves del pensamiento y de las emociones, debidos al deterioro del propio cerebro.

El tercer modo de reaccionar ante el SOC consiste en desarrollar una reacción emotiva en respuesta a las dificultades experimentadas y en recurrir a diversos mecanismos de defensa y de adaptación. Estas reacciones emotivas son sin duda muy corrientes. Así los sujetos que padecen amnesia progresiva y desorientación ocasional pueden deprimirse o tratar de negar sus dificultades. Se advierte, a veces, una curiosa reacción llamada de relajación. Se trata de la pérdida de las inhibiciones que impedían la aparición de diversos comportamientos cuyo deseo latente se hallaba sin embargo presente. El sujeto hará entonces unas cosas en las que había pensado con frecuencia, sin atreverse nunca a pasar a los hechos. Por ejemplo, una mujer de edad y más bien recatada, afectada por el SOC, podrá emplear en público un lenguaje muy libre. Sus amigos convendrán en que siempre había parecido un tanto inclinada a comportarse así; sin embargo, esta tendencia sólo comenzará a manifestarse tan directamente tras la aparición del SOC.

Ciertos clínicos creen ver en una fuerte reacción emotiva al SOC un signo estimulante que indicaría que las funciones intelectuales del sujeto no se encuentran probablemente alcanzadas hasta el punto de alterar sus afectos o sentimientos y el contenido de su pensamiento. En todos los casos de SOC, resulta esencial determinar si se trata de un síndrome cerebral reversible (SCR), a veces denominado síndrome cerebral agudo, o de un síndrome cerebral crónico (SCC).

El síndrome cerebral reversible. Durante un reciente estudio sobre los trastornos cerebrales orgánicos en las personas de edad, se ha descubierto que el 13% de los casos presentaban un síndrome cerebral reversible (SCR) y el 33% un cuadro mixto integrado por síndromes cerebrales reversibles y crónicos. Los síntomas del SCR incluyen la fluctuación del nivel de conciencia: el enfermo está sucesivamente lúcido y confuso o alucinado. Son posibles la desorientación —el hecho de tomar a una persona por otra— así como la pérdida de la memoria reciente. Entre los síntomas menos frecuentes, citaremos la agitación, la expresión alelada, la agresividad, el miedo resultante de la desorientación, las alucinaciones, el delirio y la angustia.

Estos síntomas parecen muy graves y a menudo son percibidos erróneamente como los signos irreversibles de un síndrome cerebral crónico. Sin embargo el SCR es, por lo común, debido a una causa específica, con frecuencia identificable y, en muchos casos, resulta completamente curable o reversible.

La causa más común del SCR es la deficiencia cardíaca congestiva. Este término designa los trastornos resultantes de un progresivo debilitamiento del corazón, que afecta a la circulación sanguínea y priva al cerebro de oxígeno, así como de los diversos elementos nutritivos que le son necesarios. El 13% de los infartos agudos del miocardio son diagnosticados cuando el enfermo acude a la consulta por causa de confusión ya que es entonces cuando se comprueba que este estado es debido a una perturbación cardíaca aguda que debe ser tratada.

La anemia provocada por la nutrición deficiente es, con frecuencia, otra causa del SCR. Ciertas carencias alimenticias son específicas y provienen de la privación de elementos nutritivos especiales como la tiamina o la niacina, mientras que otras son resultado de una alimentación insuficiente. Un anciano mal alimentado desarrolla un síndrome que se confunde a menudo con el síndrome cerebral crónico irreversible. Los síntomas desaparecen, por lo común, en cuanto el enfermo recibe las adecuadas atenciones médicas y se repone de su anemia y de su nutrición deficiente. Por otro lado, las infecciones causadas por una enfermedad pueden engendrar la fatiga y la deshidratación; éstas provocan a su vez un estado transitorio de confusión que desaparece en cuanto el enfermo reposa y absorbe líquidos en cantidad suficiente.

Los accidentes cerebrales vasculares (ACV) constituyen otra de las causas del SCR. Estos accidentes son resultado de la suspensión momentánea del riego sanguíneo del cerebro (ataque isquémico) o de la insuficiencia de oxigenación (hipoxia), y pueden engendrar lo que se denomina un ataque de apoplejía,

es decir, un coma provocado por la insuficiente alimentación de sangre o de oxígeno. Los efectos de los ACV son numerosos y dependen de la importancia, de la naturaleza y de la localización de la pérdida (es decir, de la región específica del cerebro que resulta afectada). En efecto, ciertos ACV alcanzan a una gran parte del cerebro, mientras que otros sólo afectan a una región muy determinada. La destrucción de ciertas regiones (*v.g.* la corteza cerebral) engendra un declive general, mientras que las lesiones producidas en otras regiones ocasionan pérdidas específicas (*v.g.* lesiones del lóbulo occipital). Si el enfermo sobrevive al ACV, permanece por lo general en un estado de confusión que se parece al SCC, pero cuando el ACV no es grave dicho estado acaba por desaparecer con el tiempo. Cabe igualmente recobrar la función afectada, al menos en parte, mediante una apropiada terapia.

Ahora se reconoce que el abuso de los medicamentos y de otras sustancias tóxicas se halla asociado al SCR. Numerosos fármacos recetados habitualmente producen unos efectos secundarios que provocan estados reversibles de confusión y de desorientación. Es importante reconocer la existencia de estos trastornos denominados yatrogénicos —que son paradójicamente resultado del propio tratamiento médico—, puesto que a los ancianos se les pueden recetar medicamentos que no son nocivos administrados por separado, pero que suponen el riesgo de efectos nefastos cuando se combinan. Es pues esencial, si se pretende conocer las causas de los síntomas ligados a los síndromes cerebrales en las personas de edad, saber qué medicamentos ingieren, tanto si son de venta libre como si se expenden bajo receta. Los enfermos que toman diuréticos pueden tornarse deshidratados y confusos; los que toman L-dopa para aliviar los síntomas de la enfermedad de Parkinson o bien endometracina para la artritis, pueden presentar estados delirantes o alucinatorios parecidos a los comportamientos psicóticos.

Los traumatismos craneales son otra causa importante del SCR. La tasa de mortalidad es relativamente elevada en las personas de más 65 años que sufren un traumatismo craneal. En este grupo de edad, el 72% de los muertos como consecuencia de una caída y el 30% de todos los accidentes mortales de los peatones proceden de traumatismos craneales. Si las secuelas de una herida en la cabeza pueden ser irreversibles o incluso mortales, también es posible que provoquen la aparición de síndromes agudos que mejorarán con el tiempo.

En cualquier edad, la intoxicación por alcohol ocasiona un síndrome cerebral reversible cuyas características son parecidas a las de los llamados síndromes de "senilidad". Ya se sabe que el SCR provocado por el alcoholismo desaparece, por lo general, cuando el bebedor se serena. Entre las demás causas del SCR citaremos finalmente la privación prolongada del uso de la vista tras una intervención en los ojos, la hiperglucemia, las secuelas de una operación quirúrgica, las modificaciones profundas del ambiente y los acontecimientos traumatizantes como la pérdida de un ser querido.

El tratamiento del SCR tiene una tasa de éxitos muy favorable, aunque en ciertos casos la enfermedad asociada al SCR sea suficientemente grave para provocar la muerte. Si bien se estima en un 40% la proporción de enfermos que mueren como cosecuencia del SCR, subsiste el hecho de que el porcentaje de quienes sobreviven a la fase inicial de la enfermedad resulta muy satisfactorio. Los enfermos que padecen nutrición deficiente son los que habitualmente exigen cuidados más prolongados, puesto que en la vejez se necesita tiempo para recobrar las fuerzas.

El síndrome cerebral crónico (SCC). Se denomina así un deterioro cuyo pronóstico de curación es, por lo común, poco favorable y que se considera asociado a unos cambios neurológicos. (Como ya hemos dicho, a menudo resulta difícil establecer una relación directa entre la edad y las modificaciones del comportamiento; lo inverso es a veces cierto.) Desde hace poco tiempo, se distinguen dos tipos de SCC, la demencia senil o enfermedad de Alzheimer y los síndromes psico-orgánicos vasculares.

La demencia senil o enfermedad de Alzheimer. Es un síndrome del SCC que sobreviene muy tardíamente en la vida, a menudo después de los 80 años y con mayor frecuencia en las mujeres. La patología del cerebro indica que hay una atrofia y una degeneración celular, un desarrollo de placas de senilidad y una confusión neurofibrilar. La evolución de la enfermedad tiende a ser gradual y sucede a menudo que se tornan exagerados ciertos rasgos de la personalidad. Entre los demás síntomas, se advierten los errores de juicio, la negligencia en el cuidado personal, el deterioro del pensamiento abstracto, la falta de interés y la apatía general. La aparición de la psicosis

de senilidad puede venir acompañada de reacciones emotivas graves como la depresión, la angustia o la irritabilidad. Los signos principales, es decir, los anteriormente enumerados como errores de juicio, etc., se hacen más evidentes con el tiempo, así como otras formas de reacciones emotivas como el insomnio, la incoherencia, la paranoia y la hipomanía.

Las causas de la demencia senil son objeto de controversia. Algunos autores acusan al sistema autoinmunológico; otros pretenden que estas causas son de orden genético puesto que la posibilidad de desarrollar un SCC es 4,3 veces más elevada entre los parientes del enfermo que en la población en general. Finalmente ciertos investigadores señalan la importancia de las situaciones ligadas al entorno y a la personalidad. Se cree también que algunas formas de SCC pueden ser una defensa masiva contra el envejecimiento y la muerte. El pronóstico de la enfermedad definida por ALZHEIMER es poco estimulante: deterioro continuo que conduce a la muerte. Resulta, sin embargo, muy importante recordar que el SCC se halla a menudo asociado al SCR y que, aunque no sea posible frenar los síntomas del SCC, es posible actuar sobre los del SCR.

Los síndromes psico-orgánicos vasculares. Se hallan a menudo caracterizados por un deterioro intermitente que hace que la persona conozca períodos de mejoría, o al menos de estabilidad, seguidos de súbitos períodos de deterioro, lo que contrasta intensamente con el declive regular de la demencia senil. Estos desórdenes tienen por causa la arterioesclerosis que se manifiesta por el estrechamiento y la obstrucción de los vasos sanguíneos. Cabe la posibilidad de que sobrevengan lesiones cerebrales por obra de la insuficiencia del riego sanguíneo, así como hemorragias y problemas arteriales asociados al caso. Pueden existir unos síntomas anunciadores como los aturdimientos, las cefaleas (dolores de cabeza), una disminución del vigor intelectual y físico y/o la aparición de diversos síntomas físicos bastante vagos. En la mitad de los casos, los SCC vasculares comienzan bruscamente por un súbito ataque de confusión, mientras que en los otros se manifiestan de manera más gradual mediante ataques ocasionales de los cuatro síntomas ya mencionados. El enfermo experimenta, a veces, la impresión de que algo no marcha, a pesar de que su familia y el médico tratan de darle seguridad sobre su estado de salud (y esa persona *tiene razón*, en efecto algo no marcha). El deterioro de

la memoria suele ser episódico, es decir que el sujeto puede rememorar ciertas cosas en un momento dado y no acordarse de ellas en otro.

Los orígenes del SCC son asimismo objeto de controversia, así como las teorías referentes a éste, es decir el disfuncionamiento de los lípidos, la herencia, el régimen alimenticio (posible exceso de colesterol), el tabaquismo (el SCC vascular es más frecuente en los fumadores), la contaminación del ambiente y la falta de ejercicio. Tiende a variar la evolución de este tipo de trastorno. El enfermo conoce períodos de mitigación, durante los cuales puede sentirse relativamente menos molesto por sus síntomas. Sin embargo la mayoría de los enfermos afectados de SCC vascular mueren de un ACV, de una enfermedad cardiovascular o de neumonía.

El alcoholismo y la vejez

Trataremos aquí del uso y del abuso del alcohol en las personas de edad e insistiremos sobre la situación de los ancianos alcohólicos. Los lectores deseosos de consultar un estudio más exhaustivo de la cuestión pueden recurrir a la obra de B. L. MISHARA y R. KASTENBAUM, *Alcohol and Old Age* (1980), en la que se inspira el texto que sigue a continuación.

Tan lejos como nos remontamos en la Historia se comprueba que el alcohol es considerado como el "bálsamo otoñal" y la "leche de la vejez". En efecto, durante siglos, el alcohol sirvió de remedio a las dificultades y a las perturbaciones de los ancianos. En la Antigüedad, los griegos, los romanos y los egipcios empleaban el vino durante las libaciones rituales para consolidar sus relaciones con los dioses. Conocían también las propiedades medicinales del vino así como sus efectos psicotropos. He aquí, por ejemplo, lo que dice el *Libro de los Proverbios:* "Dá un brebaje fortalecedor al que debe morir y vino a quienes tienen el corazón pesado. Hazle beber para que olvide su pobreza y no se acuerde ya de su miseria". Un filósofo persa del siglo X, AVICENA, precisa que el vino es un remedio eficaz para los viejos y declara que "las personas de edad pueden consumir tanto (vino) como quieran, en la medida en que sean capaces de tolerarlo". Es preciso aguardar al momento en que hacen su aparición, en los siglos XVII y XVIII, las bebidas fuertes, como la ginebra y el ron, para interrogarse seriamente sobre los efectos del alcohol en los ancianos. Numerosos escri-

tos son testimonio de las interrogantes planteadas en esta época.

Las investigaciones sobre los efectos del alcohol en los viejos permiten suponer que, a igual cantidad, éstos varían de uno a otro sujeto y que una dosis menor produce las mismas consecuencias en la mayoría de las personas de edad y en los jóvenes. Hay también una tendencia a reabsorber más lentamente el alcohol. Los efectos fisiológicos del alcohol se ven sin embargo afectados por múltiples factores, entre ellos el peso del cuerpo, la proporción de grasa y de tejidos grasos, el ritmo y las modalidades del consumo, etc.

Cuando nos interrogamos sobre las repercusiones del alcohol en la salud, es preciso recordar que las incidencias de un consumo moderado son muy diferentes de las que puede tener la ingestión masiva o continua. Numerosas investigaciones recientemente efectuadas demuestran, en efecto, que el alcohol ingerido con moderación no es nocivo. De hecho estos estudios tienden a probar que las tasas de morbilidad y de mortalidad de los sujetos que beben alcohol en cantidad moderada son inferiores a las de quienes se abstienen totalmente. Las investigaciones experimentales indican también que el consumo moderado de bebidas alcohólicas puede producir efectos psicosociales deseables en las personas ingresadas en una residencia (MISHARA, KASTENBAUM, PATTERSON y BAKER, 1975).

De estos estudios de la conducta con respecto al alcohol y al envejecimiento se deduce que los ancianos beben menos que los jóvenes y se hallan menos sujetos al alcoholismo, lo que podría explicarse por el hecho de que los grandes bebedores presentan una elevada tasa de mortalidad. En efecto, raramente alcanzan una edad avanzada, porque hay una relación directa entre el abuso del alcohol y la mortalidad. Pero este fenómeno posee otras explicaciones. Los datos longitudinales revelan, en efecto, que muchas personas reducen con la edad su consumo de alcohol (por preocupación por la salud, por falta de dinero o por otras razones). Cabe también pensar que las personas de edad están menos dispuestas a reconocer que beben copiosamente. Por último, parece que los casos problemáticos en los alcohólicos ancianos muy pocas veces son declarados a los organismos encargados de su atención.

Es difícil la detección del alcoholismo entre los ancianos porque, en su caso, no parecen aplicarse los índices de alcoholismo. Los síntomas "clásicos" son los siguientes: mala salud resultante del abuso del alcohol, problemas financieros, difíciles relaciones sociales y familiares; dificultades en el trabajo y conflictos con la policía. Como, de todas maneras, las personas de edad padecen muchos problemas sanitarios y económicos, es difícil atribuir éstos a las consecuencias del alcoholismo. Sucede lo mismo con las dificultades familiares, puesto que los viejos son más a menudo viudos o viudas. Los problemas en el trabajo quedan suprimidos por la jubilación, que aparta a las personas de edad de la vida activa. En cuanto a los conflictos con la policía, resultan poco numerosos puesto que los ancianos suelen beber más en casa que en público. Contrariamente a lo que por lo común se cree, los vagabundos rara vez superan la cincuentena. Si parecen más viejos es porque el abuso del alcohol envejece prematuramente sus rasgos.

Existen dos grupos de alcohólicos entre los ancianos: *a*) quienes beben con exceso desde hace largo tiempo y que sin embargo han conseguido llegar a la vejez, y *b*) quienes han empezado a beber cuando eran ya mayores. Los alcohólicos inveterados que sobreviven a los estragos del alcoholismo constituyen una población notable por su resistencia, porque el consumo mantenido y abusivo del alcohol resulta muy nocivo. El grupo de los "nuevos" alcohólicos ha sido relativamente poco estudiado. Sin embargo, algunos índices nos impulsan a creer que resultaría mucho más considerable de lo que por lo general se quiere admitir, en especial entre las personas solitarias que sólo disponen de escasos ingresos.

El tratamiento del alcoholismo en las personas de edad no ha sido aún objeto de investigaciones exhaustivas; por lo demás, los pacientes de edad no son nunca atendidos prioritariamente. La mayoría de los alcohólicos crónicos son admitidos en los hospitales públicos y, por lo general, se les veda el acceso a las instituciones o clínicas privadas; rara vez son tratados en las clínicas externas y en las organizaciones comunitarias.

A pesar de la ausencia de programas terapéuticos especialmente concebidos para los ancianos alcohólicos, es interesante advertir que los escasos estudios consagrados a la eficacia de su tratamiento han demostrado que éstos reaccionaban tan bien, si no mejor, que los más jóvenes.

El tratamiento de las perturbaciones psíquicas en los ancianos

Pocos profesionales se interesan por trabajar con personas de edad y algunos hasta se niegan a hacerlo. Estas actitudes

negativas, que incluso parecen tornar problemática toda terapia, se explican por las siguientes razones:

1.— La visión de los ancianos despierta en el terapeuta el temor a la vejez.
2.— Su presencia despierta las emociones en conflicto del terapeuta respecto a las figuras parentales.
3.— El terapeuta cree que nada tiene que ofrecer a las personas de edad porque estima que éstas son incapaces de modificar su comportamiento, o que están afectadas de enfermedades cerebrales orgánicas incurables.
4.— El terapeuta cree desperdiciar sus capacidades psicodinámicas si trabaja con los viejos, porque éstos están ya próximos a la muerte y no merecen verdaderamente que se ocupen de ellos. (Hay que pensar en el sistema militar de selección, según el cual los más enfermos reciben menos atenciones puesto que tienen pocas probabilidades de sobrevivir.)
5.— El enfermo corre el riesgo de morir durante el tratamiento lo que pondría en tela de juicio el sentimiento de importancia del terapeuta.
6.— Los colegas del terapeuta pueden mostrarse desdeñosos ante los esfuerzos que efectúe con los pacientes ancianos. (Se oye decir, a menudo, que los gerontólogos y los especialistas en geriatría manifiestan unas preocupaciones morbosas hacia la muerte; su interés por las personas de edad parece pues "malsano" o sospechoso.)

EISDORFER y STOTSKY (1977), que han resumido recientemente el tratamiento de las perturbaciones psíquicas aplicado a los ancianos, han hallado más de 2.000 referencias pertinentes. Los trabajos relativos a intervenciones en personas de edad no son, pues, tan escasos como podría pensarse. Subsiste, sin embargo, el hecho de que la mayoría de estos artículos eran puramente descriptivos y no contenían datos susceptibles de facilitar la evaluación de las diversas técnicas de intervención.

El diagnóstico. El tratamiento de los enfermos ancianos ofrece una dificultad inicial: el establecimiento del diagnóstico. Las actitudes negativas y las técnicas diagnosticadoras superficiales sólo pueden obstaculizar la elaboración de un diagnóstico capaz de precisar convenientemente el problema y

de indicar el modo apropiado de intervención. Con harta frecuencia, se contentan sencillamente con declarar al enfermo afectado de un "síndrome cerebral crónico" incurable. BUTLER y LEWIS (1977) estiman que un número muy considerable de enfermos ancianos, a quienes se les estima afectados por un SCC, sufren en realidad un síndrome cerebral reversible o una deficiencia social. Si se quiere proporcionar a los enfermos de edad un tratamiento conveniente es importante empezar por realizar un diagnóstico válido.

Las intervenciones físicas. Hay dos medios de intervención que no necesitan ni medicamentos ni actuación psiquiátrica. El primero consiste en dar al enfermo un régimen alimenticio adecuado. Bien sea en razón de las incidencias de la depresión sobre el apetito, porque tiendan a descuidar la preparación de las comidas o porque no consigan alimentarse convenientemente y mantener equilibrado al mismo tiempo su presupuesto, las personas de edad sufren a menudo de deficiencias de nutrición. En bastantes casos una simple mejora de su régimen bastará para desarrollar considerablemente el estado de su salud mental.

El segundo medio de intervención física es una medida *preventiva:* impedir que el enfermo abuse de los fármacos. La retirada, bajo la vigilancia del médico, de los medicamentos caducos, incompatibles, susceptibles de producir efectos secundarios perjudiciales o sencillamente ya inútiles, provocará con frecuencia una notable mejoría en el estado del enfermo.

Los agentes terapéuticos psicotropos alivian, a menudo, los síntomas de manera espectacular y permiten al enfermo reanudar una existencia más normal. (En MISHARA y PATTERSON, 1979, puede hallarse un informe detallado sobre el empleo de las sustancias psicotropas y sus peligros). La aplicación de este género de medicación a los ancianos resulta delicada, en razón de las modificaciones fisiológicas asociadas al envejecimiento. Como ya señalamos en el Capítulo II, la farmacocinesis (absorción, distribución, metabolismo y excreción de las drogas) evoluciona con la edad y puede influir en las reacciones del sujeto a toda forma de medicación. En razón de esta evolución, cabe la posibilidad de que aumenten los efectos secundarios perjudiciales y de que disminuya, de manera progresiva, el efecto principalmente buscado. Es, pues, necesario vigilar con atención la interacción de estos agentes terapéuticos con los otros medicamentos ingeridos por el enfermo, puesto que la mayoría de los

ancianos están ya sometidos a una o a varias medicaciones en respuesta a una indicación determinada.

Es grande la probabilidad de una interacción nefasta entre los agentes terapéuticos recientemente descubiertos y los medicamentos clásicos. En los ancianos, igualmente está presente la probabilidad de una reacción paradójica (la reacción observada es opuesta al efecto buscado, como cuando un tranquilizante pone nervioso o cuando una aspirina da dolor de cabeza). La formación de los médicos y de los psicólogos clínicos descuida hasta tal punto el estudio de la vejez que estos profesionales conocen muy mal ciertos factores críticos. De hecho, tal estado es tanto más deplorable cuanto que en un futuro próximo los profesionales de la salud se verán llamados a observar a un gran número de enfermos ancianos, aunque sólo sea en razón del envejecimiento de la población.

Las modificaciones del entorno. Pueden ser totales o parciales. Así cabe tratar de mejorar las condiciones de vida en una ciudad o en todo un país, a fin de suprimir ciertos obstáculos que hacen difícil la existencia de los ancianos. La construcción de nuevas viviendas, el aumento de las pensiones de jubilación y el incremento de los transportes colectivos, son otras tantas medidas que pueden contribuir a eliminar, al menos en parte, las causas que tienden a engendrar perturbaciones psíquicas. En una escala más reducida, cabe mejorar el entorno de una persona de edad, asegurándose de que tenga un régimen alimenticio adecaudo, unas relaciones sociales suficientes, quizá la ocasión de ocuparse de alguien y sobre todo puede procurársele compañía, distracciones que le interesen, hacer en fin una multitud de cosas que le permitirán permanecer activa y continuar sintiendo la satisfacción de vivir.

El electrochoque (EC). Se ha demostrado que produce efectos saludables sobre la depresión de los ancianos, pero que presenta, sin embargo, efectos secundarios nefastos, como la amnesia que sigue a veces al tratamiento. Aunque suscite temores en algunos, el EC constituye una terapéutica relativamente segura y a menudo eficaz allí donde han fracasado otros modos de intervención como los medicamentos y la psicoterapia (MISHRA y PATTERSON, 1979). Desde hace algunos años se prefiere el choque unilateral porque parece originar efectos secundarios menos numerosos que los del choque bilateral, al tiempo que

sigue siendo tan eficaz. Señalemos sin embargo que aunque el EC se revela adecuado para el tratamiento de las depresiones graves, no existe apenas prueba alguna de que actúe sobre otros trastornos psíquicos.

La psicoterapia individual. La mayor parte de las principales formas de terapia que han sido ensayadas con ancianos han conocido un cierto éxito y son citadas en la literatura científica. Las terapias verbales ofrecen un riesgo de provocar reacciones inapropiadas en las personas de edad menor que el de determinadas intervenciones físicas ya mencionadas. De hecho, numerosas anamnesis de casos indican que ciertos problemas presentes en los jóvenes, como la resistencia en las terapias de orientación analítica, son a la vez menos frecuentes y menos pronunciadas en los ancianos.

Pese a los numerosos informes que subrayan la eficacia de la psicoterapia individual en los enfermos de edad, raros son quienes se benefician de ésta. Al margen de la reticencia de los terapeutas, que pueden titubear en tratar a los ancianos, ciertas diferencias entre las cohortes explican quizá que la actual generación de viejos se sienta menos impulsada que las siguientes a solicitar los servicios de un psicoterapeuta. En efecto, esta generación creció en una época en que no se aplicaba la terapia individual a las personas "normales". Por contraste, los jóvenes hacen un gran uso de las psicoterapias de todo género, así como de los métodos de actualización del sí mismo. Es posible que al envejecer conserven sus hábitos, lo que aumentará considerablemente la demanda de intervenciones terapéuticas sobre las generaciones futuras de ancianos.

La psicoterapia de grupo. La literatura geriátrica abunda en descripciones de terapias de grupo y de sus beneficios para los enfermos internados en residencias. Estas diversas formas de terapia pueden prestar grandes servicios y por las razones a las que nos referíamos a propósito de las terapias individuales. La terapia familiar constituye un instrumento especialmente útil puesto que se refiere directamente a las reacciones emotivas de la familia ante los problemas del anciano y puede ayudar a hacer comprender el proceso del envejecimiento y las experiencias ligadas a los cambios debidos a la edad. Los grupos pueden componerse de familias (terapia familiar), de personas que comparten ciertas dificultades (grupos de personas en duelo,

grupos de apoyo entre viudos o viudas) y grupos de tipo clásico organizados en función de diversas necesidades.

Centros diurnos, centros nocturnos, hogares de acogida e instituciones. Sin cesar surgen nuevos programas destinados a ayudar a los ancianos. Establecimientos especializados acogen a las personas que necesitan protección o actividades (o ambas cosas) durante el día, mientras que la familia está en el trabajo o en la escuela. Otros programas permiten a los enfermos parcialmente hospitalizados participar en unos esquemas de trabajo o en actividades comunitarias y familiares. Los hogares de acogida, antaño reservados exclusivamente a los niños, reciben ahora a las personas de edad al salir de los hospitales psiquiátricos y a las que, careciendo de familia, se verían obligadas a vivir en una institución. Los servicios de enfermeras visitadoras, así como los programas de ayudas domésticas y algunos otros resultan productivos para impedir la estancia inútil en una institución.

Cuando es necesario confiar al enfermo anciano a los cuidados de una institución, es deseable proceder de suerte que éste se sienta todavía libre de escoger y de decidir y que se respeten sus deseos en la medida de lo posible. Se sabe que son eficaces diversos tratamientos aplicables a los enfermos ancianos alojados en una institución. Pero, en la mayoría de los casos, estos enfermos sólo reciben cuidados, en razón del prejuicio según el cual el SCC no es tratable. Aunque la curación resulte probablemente imposible, subsiste el hecho de que numerosos programas destinados a los enfermos geriátricos crónicos afectados por el SCC han conocido un cierto éxito. MISHARA (1978) ha comparado la eficacia de los programas de "economía de fichas" y de los tratamientos menos estructurados, en enfermos afectados del SCC y admitidos en un hospital geriátrico desde un promedio de 21;4 años. El programa de "economía de fichas" comportaba además de una mejora del entorno psicosocial, el reforzamiento sistemático (recompensa) de las conductas deseadas, mientras que el programa menos estructurado se limitaba a la mejora general del entorno psicosocial. Los participantes en cada uno de los programas vieron que se les otorgaba una mayor posibilidad de elección y el personal fue sensibilizado respecto de las necesidades específicas de los ancianos. En *los dos* programas se consiguieron mejorías de un número significativo de enfermos considerados "sin esperanza". Los análisis

posteriores revelaron que los enfermos que habían mejorado en cada uno de los programas, pertenecían a unos tipos diferentes. En el programa de "economía de fichas", se caracterizan generalmente por el hecho de hallarse menos "institucionalizados", tener una mejor salud física y presentar activamente sus problemas. En el programa "general" los enfermos mejorados eran, al principio, menos sensibles a las intervenciones del observador. Se advirtió además que la participación en los programas terapéuticos podía tener una incidencia favorable en los resultados de los sujetos en los tests neuropsicológicos (MISHARA, 1979).

Prevención, programas sociales y legislación. La mayor parte de las intervenciones ensayadas hasta ahora con objeto de ayudar a las personas de edad se sitúa *tras* la aparición de las dificultades. Sin embargo, sería conveniente establecer unos programas para prevenir la aparición de trastornos psíquicos ("prevención primaria") o para reducir la gravedad de las dificultades que se suceden después, preparando a las personas para su mejor adaptación ("prevención secundaria") (CAPLAN, 1964). Aunque esté generalmente admitida la necesidad de unas medidas preventivas, subsiste el hecho de que la mayoría de las intervenciones sobrevienen cuando las dificultades son ya tan graves que requieren unos cuidados intensivos. A título de ejemplos de programas preventivos cabe citar las reuniones preparatorias de la jubilación, la educación encaminada a informar a los ancianos de la necesidad de un régimen alimenticio adecuado y la detección de las perturbaciones asociadas con la vejez.

CAPITULO VII

LA MUERTE

La muerte en la vida cotidiana

Vivimos ahora rodeados de sistemas de comunicación tan perfeccionados que difícilmente podemos sustraernos a los diversos acontecimientos sucedidos en torno a nosotros e incluso a millares de kilómetros. ¿Acaso no se llega a interrumpir una emisión de radio o de televisión para dar cuenta, en un boletín especial, de que se ha estrellado un avión al otro extremo del mundo? Esta invasión de la información ha avivado, desde luego, nuestra capacidad de atención ante el mundo pero, sin embargo, permanecemos indiferentes a ciertas realidades y rehuimos determinadas experiencias, en especial la de la muerte. Por ejemplo, el sacrificio de los animales que antes constituía una experiencia cotidiana, se efectúa ahora lejos de nosotros, en un barrio que probablemente jamás hemos visitado. Los enfermos van al hospital y los ancianos al asilo. Ocultamos, no sólo la muerte, sino también ciertos aspectos del entierro. La invasión de la información posee además otro efecto: la muerte se nos presenta fríamente, bajo forma de estadísticas, camuflada de tal manera que su realidad no llega a alcanzarnos. Un niño, que ve a tantos indios "morder el polvo" en el cine o en la televisión, acaba por imaginarse que la muerte es un juego y no una cosa real. Stalin dijo que la muerte de una persona es una tragedia pero que un millón de muertos es sólo

una cifra. Los millones de muertos que nos brindan las películas, la televisión y los periódicos parecen darle desde luego la razón. Cuando se torna demasiado insoportable la idea del hambre en Bangladesh, en Camboya o en la India, nos apartamos del asunto, contentándonos con enviar algunas prendas de ropa o aumentando nuestra limosna en la colecta del domingo.

En época anterior y entre los grupos de personas que ahora son ancianas, la muerte se hallaba más presente. En el campo, los que vivían en las granjas, y eran mayoría, se abastecían directamente en el corral. Para comer una gallina, era preciso cogerla, matarla, pelarla y cocinarla. En la ciudad, a falta de frigoríficos, se vendían las gallinas vivas, puesto que era el único medio de que se conservara fresca su carne. Una vez que el cliente había elegido el animal que quería, se le mataba y preparaba ante él. La llegada de la refrigeración ha eliminado la visión de estas actividades. En la actualidad, la mayoría de los campesinos envían sus animales al matadero en donde son muertos mediante técnicas modernas, y después congelados en el mismo lugar. El sacrificio de animales, que constituía, en una determinada época, un acontecimiento cotidiano y el momento de un contacto del hombre con la muerte, se halla ahora centralizado de modo que se efectúa lejos de nosotros.

La tasa de natalidad era más elevada al comienzo del siglo que durante el *baby boom* posterior a la segunda guerra mundial. Pero a esta tasa de natalidad acompañaba una elevada mortalidad, porque en el siglo XIX sólo llegaban a los 15 años menos del 50% de los niños nacidos vivos. Así, las familias se hallaban en contacto frecuente con la muerte. La estructura familiar era también muy diferente entonces. Los miembros de la "gran familia" vivían juntos y, consiguientemente, asistían mucho más a menudo a la muerte de un pariente o de un conocido. Y como la muerte se producía con frecuencia, los contactos con ella eran numerosos.

Estos contactos resultaban además mucho más directos de lo que son ahora. Cuando alguien moría, eran los mismos miembros de la familia quienes amortajaban el cadáver, fabricaban el ataúd y cavaban la tumba. El cuerpo del difunto quedaba expuesto en el salón familiar. Una vez concluído el velatorio, era natural que los parientes y amigos durmieran en la casa en que reposaba el cadáver de la persona amada. Más tarde, cuando los empresarios de pompas funébres empezaron a desempeñar un papel preponderante, se persistió en

la exposición del cadáver en la casa, aunque fuera delegando en unos extraños el embalsamamiento, así como la fabricación del féretro que ya se compraba fuera.

El lector moderno puede pensar que estas antiguas costumbres mortuorias se remontan a tiempos muy remotos, pero en realidad persistían en el tercer decenio de este siglo e incluso más tarde. La expresión "salón mortuorio" procede por lo demás del hábito de exponer los cadáveres en el salón familiar. Hasta hace 20 ó 30 años el salón mortuorio era considerado como un sustituto más o menos aceptable del salón familiar.

En un cuento titulado *Odor of Chrysanthemums (Olor a crisantemos)*, D. H. Lawrence nos hace ver, a través de los ojos de la viuda de un minero inglés, la forma en que cada uno se ocupaba de los muertos antes de la llegada de los salones mortuorios. La historia cuenta en primer lugar la ansiosa espera de una mujer, intranquila porque su marido tarda en regresar después del trabajo. Su inquietud se transforma poco a poco en cólera, porque cree que sencillamente ha ido a emborracharse a la taberna. No ha oído la sirena de alarma de la mina que anuncia las catástrofes. Su enojo aumenta a medida que pasa el tiempo. Entregados en un comienzo a sus juegos, los niños acaban por darse cuenta de la cólera de su madre y, por obra de la imaginación, empiezan a temer el próximo retorno del padre. La señora Bates, sentada en una mecedora, se afana enérgicamente en la costura, dejando así que se apacigüe su cólera.

En el momento de meterse en la cama, la niña pequeña se muestra completamente agitada por la ausencia de su padre. La madre la tranquiliza diciendo: "No te preocupes, dentro de poco le traerán como un tronco". Con esas palabras quiere indicar que no habrá disputa. "Y se echará a dormir en el suelo, tan pesadamente que no se despertará. ¡Bien sé que mañana no irá a trabajar!"* Como si sus palabras hubieran sido proféticas ve volver a su marido como un tronco, no ebrio sino muerto. En la mina se había producido un accidente del que su marido fue la única víctima. No sonó la alarma. Había quedado sepultado bajo un alud de polvo de carbón.

Su cuerpo se hallaba ennegrecido por el hollín, pero no estaba desfigurado. La viuda y su suegra procedieron entonces a lavar el cadáver y después, no sin algunas dificultades, lo colocaron sobre un diván, para que quedara bien expuesto. Cuando concluyen por fin su tarea, cubren el cadáver con una sábana y después cierran la puerta con llave para ocultarle a la vista de los niños. La afligida viuda acude luego a poner orden en la cocina. Sabe que debe estar sometida a la vida, su dueña inmediata, pero ante la muerte, su dueña definitiva, no puede evitar sobresaltarse, asustada y avergonzada.

* La traducción es del autor.

¿Cuántos lectores contemporáneos se atreverían a decir que la mujer de esta historia se ha mostrado débil ante la muerte? La mayoría pensará, por el contrario, que ha dado prueba de una fuerza poco común, tanto más cuanto que se hallaba al final de un embarazo.

Como ya no tenemos contactos tan directos con la muerte, nos resultaría difícil comportarnos con la naturalidad de esa mujer y de su suegra. Son tantas las personas a quienes les es duro, incluso, ir a un salón mortuorio, o penoso organizar un entierro. Como la muerte ocupa un lugar cada vez más reducido en nuestra vida cotidiana, nos parece tan lejana y artificial que hemos perdido quizá la capacidad de ocuparnos personalmente de ella, hasta el punto de delegar en unos intermediarios las tareas que le están asociadas.

Los niños de hoy parecen tener menos miedo a la muerte que los de antaño porque ésta visita casi exclusivamente a los ancianos. El hecho de que algunas personas no hayan asistido jamás a un entierro no es únicamente imputable a la reducción de la tasa de mortalidad, sino que también cabe atribuirlo a los padres que equivocadamente creen "proteger" a sus hijos, evitándoles las visitas a los salones mortuorios y a los entierros.

En los países occidentales, la tasa de mortalidad de sujetos de 15 o menos años ha pasado del 15% al comienzo de siglo al 5% de ahora. Los ancianos que viven actualmente saben que la muerte afecta también a los jóvenes, puesto que han vivido en una época en que su presencia se hacía sentir en todos los estadios de la vida. Por el contrario, las generaciones jóvenes, actuales y futuras, que no han tenido las mismas experiencias, creen que la muerte se halla reservada a los viejos.

Como se asocia la muerte a la vejez, cabe sorprenderse de la escasa atención prestada a la evolución de las ideas que los viejos se hacen de la muerte. Los trabajos sobre la muerte y la vejez se refieren esencialmente a los temores y las angustias susci-

tados al pensar en dicho tema, pero hasta ahora no ha habido estudio alguno consagrado a la evolución de las diversas concepciones de la muerte. Resultaría, sin embargo, importante realizar unas investigaciones sobre el sentido de la muerte, a fin de entender mejor las reacciones y los temores que suscita.

ERIKSON (1963) afirma (cap. 1) que la integridad del Sí, opuesta a la capacidad o la incapacidad de aceptar la muerte inminente de otro o la propia, constituiría la última fase de la evolución ontogenética. Esta noción se emparenta, en ciertos aspectos, con la del estadio final, que es el de la aceptación de la muerte, descrito por KUBLER-ROSS (1969). Por su parte, Dylan THOMAS aconseja luchar en vez de aceptar:

> "Do not go gentle into that Good Night,
> Rage, rage against the dying of the light*...

La evolución de las causas de muerte durante la vida

Las causas de fallecimiento cambian a medida que envejecen las personas. Como señalaba CHARCOT (1867), las personas de edad parecen inmunizadas contra ciertas enfermedades. Por el contrario, otros padecimientos se tornan más graves con el tiempo, porque al envejecer el organismo se debilita y ya no es capaz de recobrarse de una manera adecuada. Finalmente, ciertas enfermedades parecen afectar de forma específica a las personas de edad y rara vez a los jóvenes. Tal vez la Medicina consiga un día curar las enfermedades crónicas y propias de la vejez, tal como ha logrado combatir las enfermedades infecciosas y de otro género que antes acababan con los jóvenes.

La muerte en cuanto concepto y acontecimiento

Pensemos un momento en las expresiones familiares que contienen la palabra "muerte". Decimos por ejemplo que un lugar o una fiesta están "muertos", cuando resultan aburridos porque les "falta vida". También decimos que "estamos muertos" cuando nos encontramos muy cansados; que tenemos "la muerte en el alma" cuando nos hallamos tristes; o que una ciudad está "muerta" cuando carece de animación. Hablamos

*No penetreis dulcemente en esa noche serena,
Rabiad, rabiad cuando se extinga la luz...

también de "ángulo muerto" para designar la porción del campo visual que ofrece la más limitada visibilidad; "morir de risa" en lugar de reír mucho; estos niños me "matan" por señalar que me exasperan, etc.

Paradójicamente y mientras que se emplea la palabra "muerte" para describir unas situaciones que nada tienen que ver con ella, se presenta a ésta recurriendo preferentemente a grafismos en vez de palabras: cráneo y tibias cruzadas, esqueletos, la hoz siniestra, los cuatro jinetes del Apocalipsis, por sólo citar algunas de las imágenes simbólicas. Estas representaciones producen una impresión viva. Es interesante advertir que se representa a la muerte a pesar de que no sea posible narrar la experiencia directa.

Resulta además muy difícil separar a la muerte de la no-muerte y a la vida de la no-vida. Aunque quepa oponer la ausencia a la presencia, la distinción comporta por añadidura tres dimensiones: psicológica, social y física (KASTENBAUM y AISENBERG, 1972).

Comencemos por examinar la muerte psicológica para comprender cómo se aplica a las personas de edad. Esta reviste al menos tres formas. Pero hay una que nos es completamente extraña: la muerte psicológica experimentada en 1945, durante la segunda guerra mundial, por los supervivientes del bombardeo atómico de Hiroshima y Nagasaki. Los japoneses han llamado a estos supervivientes *hikobusha* y se dice que, de alguna manera, llevan a la muerte en sí (LIFTON, 1968). Quedaron en efecto tan intensamente marcados por la muerte que permanecen impregnados de ella, hasta el punto de sentir su presencia como si fuera parte integrante de ellos mismos. LIFTON (1968), así como otros investigadores, sólo hablan de los supervivientes de Hiroshima, pero hay razones para creer que los de Nagasaki conocieron una experiencia semejante, de igual forma que los que fueron testigos de muertes tan súbitas y numerosas. Pensemos en todos los supervivientes de erupciones volcánicas y de seísmos.

El carácter inmediato de la muerte al que aquí nos referimos no reviste el mismo sentido en las personas de edad y en los supervivientes de los grandes desastres, pero la "culpabilidad de los supervivientes" es desde luego comparable y está muy difundida, guardando las debidas proporciones. La experiencia que tenemos de la muerte se halla ampliamente condensada en la segunda mitad de la vida, de manera que tener 70 años es un

poco como vivir en un campo de batalla y ver morir a los amigos, sabiendo que muy pronto llegará tu turno. El sentimiento de sobrevivir a la muerte de los demás se parece a la trágica experiencia de los supervivientes de Hiroshima.

La segunda forma de muerte psicológica es aquella con la que nos tropezamos en presencia de un ser que se halla psicológicamente ausente. Este es el caso de los psicóticos y de los dementes que nos parecen extraños y, en cierta manera, inhumanos como los "muertos que andan" de las antiguas películas de horror. Su mirada está vacía y resultan difíciles de abordar. La demencia y la psicosis son mucho más frecuentes en las personas de edad que en los jóvenes; esto equivale a decir que la muerte psicológica se encuentra con harta frecuencia asociada a la vejez.

La tercera forma de muerte psicológica proviene de la alienación completa del Sí, un tanto como si se viviera en un sueño. El hecho de que muchas personas de edad vivan aisladas o internadas en una residencia puede suscitar en ellas una especie de muerte psicológica que sería consecuente con la esterilidad de la soledad.

A la muerte psicológica se añade la muerte social. En cierto modo, se trata de la permutación o la forma final de la muerte psicológica. Esta alienación puede sobrevenir en las personas de edad cuando los familiares cambian de domicilio y se alejan, cuando mueren los semejantes o cuando desaparece el entorno familiar a consecuencia de una transformación urbana. Como los ancianos ya no desempeñan papeles activos en la sociedad, se encuentran carentes de estructuras de apoyo y pueden consiguientemente desarrollar sentimientos de "anomia". Tales sentimientos pueden inducir a la persona en cuestión a sentir que ya no forma parte de su entorno inmediato. Los casos de ostracismo oficial (*v.g.* excomunión) u oficioso (*v.g.* internamiento en una residencia) representan, probablemente, las formas más extremas o radicales de muerte social.

Finalmente está la muerte física. Al igual que sucede con la edad cronológica, aquélla también es de una simplicidad engañosa. Y los criterios para definirla no son ni tan sencillos ni tan evidentes como se pretende creer de antemano. La cuestión del momento preciso de la muerte física es materia de debates jurídicos y legislativos. Ya no se consideran hoy como índices suficientes de la muerte la interrupción de la respiración, de los latidos del corazón y la del reflejo pupilar. Ante la diversidad de las técnicas empleadas para registrar unas respuestas fisiológicas, se ha vuelto, por el contrario, muy compleja la determinación exacta del momento de la muerte. Su definición jurídica se basa ahora en la curva de las ondas cerebrales (EEG [electroencefalograma]). En efecto y desde hace largo tiempo, el criterio universalmente reconocido era la ausencia de indicación en el EEG durante un determinado período de tiempo y de ahí la designación de "muerte cerebral". La tecnología moderna volvió inoperantes los antiguos criterios, en cuanto fue posible reanimar a las personas cuya respiración se había detenido y cuyo corazón ya no latía. Los corazones y pulmones artificiales pueden asegurar el mantenimiento de la vida durante un tiempo indefinido, incluso en ausencia de varios signos vitales anteriormente empleados para la determinación de la muerte. Resulta, pues, imposible precisar la naturaleza compleja y multidimensional de la muerte, tanto sobre la base de un criterio aislado, como sobre un conjunto de conceptos.

Las actitudes hacia la muerte varían de manera considerable según las culturas y la edad de los individuos. RILEY y cols. (1968) han demostrado, sin embargo, que existe una relación significativa entre las dos siguientes visiones negativas de la muerte: 1) que la muerte sobreviene siempre demasiado pronto y 2) que morir es sufrir. Han comprobado, no obstante, que estas percepciones negativas disminuían a medida que se elevaba el nivel de educación y que tal relación no se hallaba asociada en absoluto a la edad de los sujetos.

Con ayuda de dos tests normalizados de evaluación psicológica, el *"Draw-a-person"* y el *"Bender-Gestalt"*, LIEBERMAN (1965) mostró que existe una diferencia significativa entre los niveles logrados por un grupo de sujetos muertos poco tiempo después de la aplicación de los tests y los del grupo de supervivientes. La debilidad de los sujetos próximos a morir parece indicar que la muerte estaría precedida por el agotamiento de una determinada energía vital ligada a la energía del Yo y a su integridad.

Otro aspecto de la muerte, el de los ritos que la rodean, se encuentra determinado en gran parte por la cultura. En la cultura cristiana de Europa occidental tales ritos comportan velar el cadáver; éste queda expuesto en un salón mortuorio y, cuando sea posible, con el féretro abierto. Allí es donde parientes y amigos acuden a dar el pésame durante un período por lo común de uno o dos días. Las oraciones y las diversas manifesta-

ciones religiosas tienen asimismo lugar mientras se vela al difunto. Los ancianos suelen frecuentar los salones mortuorios porque forman parte de un grupo cuya tasa de mortalidad es elevada.

Tal como señalamos anteriormente, el sitio en donde tiene lugar el fallecimiento ya no es el mismo de antes. Hemos relegado la muerte a los hospitales y, en consecuencia, despersonalizado el acontecimiento. Antaño se convocaba a la familia a la cabecera del moribundo mientras que ahora, generalmente, se ruega que abandonen la habitación. El dicho popular afirma que es mejor morir de pie que en el hospital, en donde el ambiente resulta física, espiritual y psicológicamente aséptico.

El proceso mortal

Si a veces resulta difícil distinguir la muerte de la "vida", aún lo es más aclarar la cuestión del proceso de la muerte, porque algunos creen que ésta es el último estadio de la vida. El modelo propuesto por KUBLER-ROSS (1969) para interpretar el proceso de la muerte es desde luego el más generalmente aceptado, pero su teoría de los estadios atrae, al parecer, cada vez más críticas en los medios profesionales (SHNEIDMAN, 1973). Este modelo supone cinco estadios, que aparecen en la figura VII-1. El primero se caracteriza por la *denegación* y el aislamiento ante el anuncio de la muerte. Denegación que se traduce aproximadamente en estos términos: " ¡No, yo no, esto no es cierto!". El segundo estadio se caracteriza por sentimientos mixtos de *cólera,* envidia y resentimiento, sobrentendidos en la siguiente pregunta: "¿Por qué yo? Según KUBLER-ROSS se trata del estadio egoísta porque el moribundo se preocupa exclusivamente de sí mismo. Y también según esta autora, resulta importante que en este estadio quienes rodean al enfermo no se consideren afectados por su hostilidad porque ésta no tiene más objeto que la enfermedad y la muerte. El tercer estadio es el del *regateo*; el moribundo implora a Dios que prolongue su vida o que disminuya su dolor, haciéndole promesas del tipo "si tú... entonces yo...". El cuarto estadio es de *depresión*; el moribundo comienza a comprender que es inútil luchar. Este estadio se caracteriza por una resignación triste que aún no es la aceptación. La *aceptación* sólo sobreviene en el estadio final cuando la persona acepta por fin su muerte inminente, sin placer, sin resignación, pero con calma.

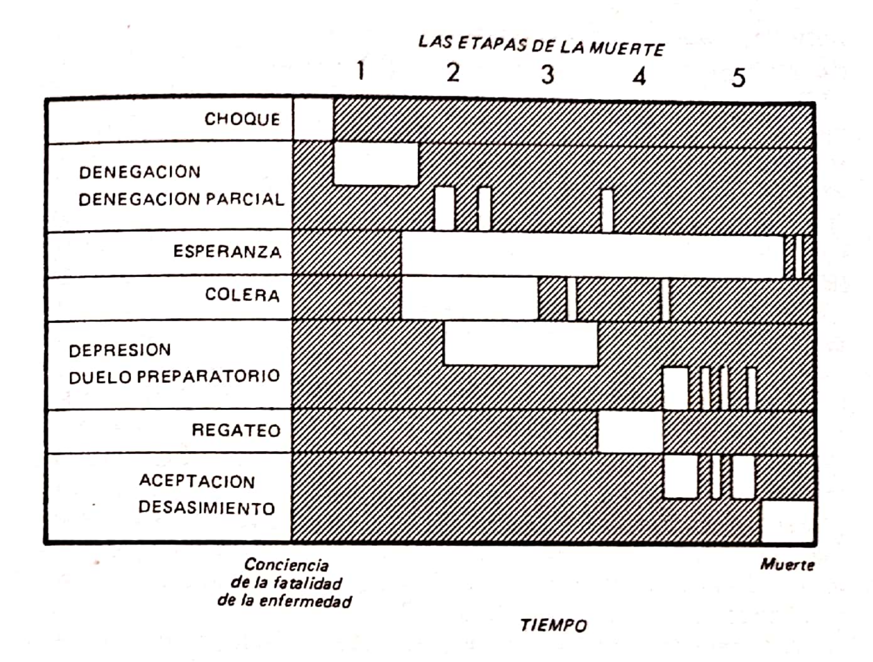


Figura VII-1: Las "etapas" de la muerte según KLUBER-ROSS

Como el modelo conceptual de KUBLER-ROSS ha tenido una amplia audiencia, nos parece importante examinar atentamente la teoría subyacente y señalar sus lagunas. La teoría de los estadios implica que existe un modelo que seguir, una manera conveniente de hacer las cosas, una especie de programa. Toda desviación respecto de la norma propuesta acaba, pues, por ser considerada como un fracaso, cuya gravedad resulta proporcional a la importancia de la desviación. Si los moribundos, o cualquier otra persona afectada por la muerte, tuviesen que considerar este modelo como el único válido, correrían el riesgo de experimentar un sentimiento de frustración de no poder acomodarse a éste. En realidad, las desviaciones son corrientes, puesto que la muerte es, en esencia, una experiencia individual. Tomemos, por ejemplo, el caso de alguien que muere antes de haber accedido al último estadio. ¿Se trata de un "informal", semejante a esos alumnos que abandonan sus estudios antes de

haberlos concluído? En realidad, KUBLER-ROSS confunde estado y estadio. En efecto, aunque es posible que los moribundos pasen por todas las etapas que esta investigadora ha descrito, ello no tiene necesariamente lugar en la lógica de semejante progresión. Esto es lo que advierte SHNEIDMAN (1973) cuando señala: "Mi trabajo no me ha llevado a las mismas conclusiones que los de KUBLER-ROSS. Aunque he podido apreciar en los moribundos fenómenos como el aislamiento, la envidia, el regateo, la depresión y la aceptación, no creo que se trate necesariamente de los estadios del proceso de la muerte y no estoy del todo convencido de que sean vividos en este orden ni en cualquier otro, por mucho que se le tache de universal. Lo que he podido observar es un complejo reagrupamiento de estados intelectuales y afectivos, a veces efímeros, cuya duración puede variar desde un instante a un día o una semana, y que sobrevienen en el momento propicio para luchar contra el derrumbamiento de toda la personalidad del individuo y de su 'filosofía de la vida' (ya se trate de un profundo optimismo y de una gratitud hacia la vida o de un pesimismo penetrante y de una desconfianza respecto de la misma)".*

Distamos de poner en tela de juicio la sensibilidad de KUBLER-ROSS hacia los moribundos, sus familias y sus amigos, así como tampoco su papel de pionera en la materia y su humanismo. De lo que dudamos es, más bien, de la naturaleza de su modelo compuesto de estadios que, si se toma al pie de la letra, supone el riesgo de dificultar la comprensión en vez de facilitarla.

GLASER y STRAUSS (1965) brindan otra concepción del proceso de la muerte. La figura VII-2 representa, con ayuda de un diagrama, los diferentes elementos que componen su modelo. Hasta cierto punto, este diagrama se revela incompleto, porque el moribundo puede pasar de una fase a otra del ciclo, por ejemplo de la aceptación a la negación, o sencillamente oscilar entre una y otra sin lógica aparente (habría sido imposible inscribir en el diagrama la multiplicidad de las variantes que pueden presentarse, sin crear una cierta confusión en la demostración). Una vez comprendido este fenómeno de oscilación entre los diversos puntos del diagrama (cada punto es representativo de un estado), consideraremos brevemente los elementos de este modelo tal como se hallan indicados en el gráfico.

*La traducción es del autor.

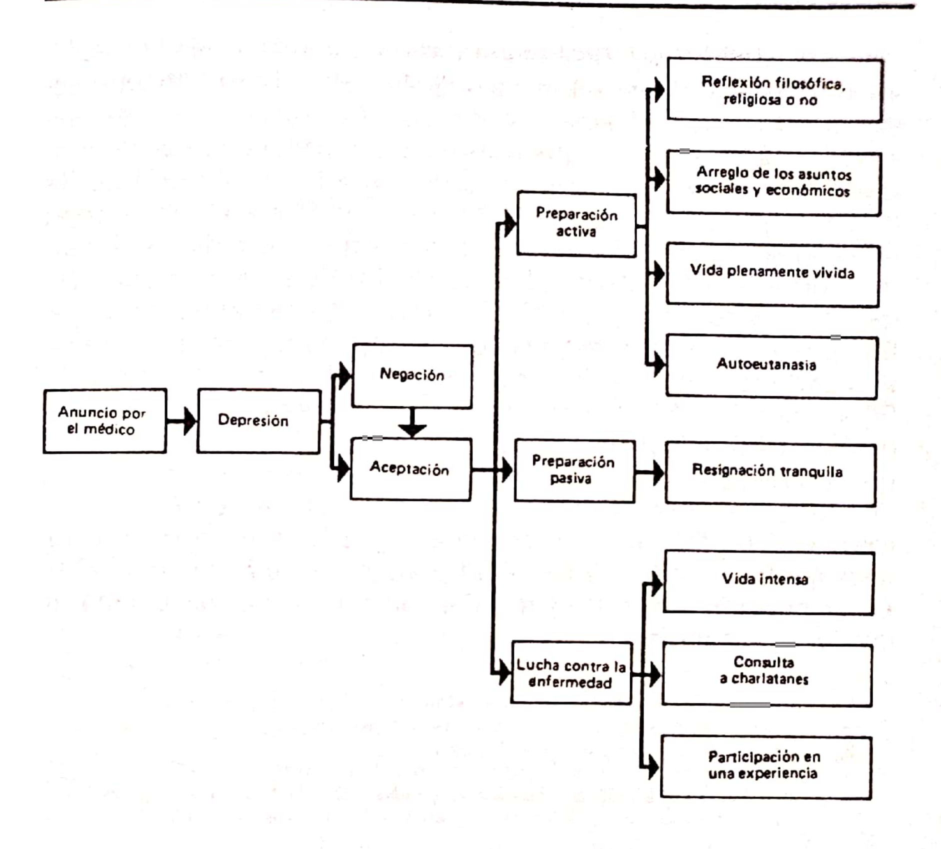


Figura VII-2: Reacciones individuales ante la muerte según GLASER y STRAUSS

Los pacientes que están condenados a morir no lo saben necesariamente a través del médico (ver figura VII-2). Pueden ser informados por una enfermera o por un familiar, o bien extraer sus propias conclusiones de las informaciones que se les han proporcionado sobre su estado de salud. Como la autoridad corresponde casi enteramente al médico, a él le incumbe la responsabilidad de divulgar o de ocultar el estado de salud del paciente. Volveremos más tarde a referirnos a la forma en que éstos se enteran de que están condenados a morir, cuando hablemos de los contextos que rodean a esta toma de conciencia.

Es inevitable que el anuncio de una muerte inminente provoque tristeza. Al enfermo no le queda otra alternativa que negar la evidencia o dejarse invadir por ella. A veces, sucede que ni siquiera entiende lo que se le dice, de manera que es preciso repetírselo, o incluso que se confunda sobre el sentido de las palabras que oye. Incumbe entonces al médico, o a la persona comisionada para informar al paciente de su estado, anunciarle la noticia con humanidad y claridad suficiente para que pueda hacer preguntas y recibir respuestas. La próxima etapa del proceso es, o bien la denegación o aceptación, considerándose la incapacidad de comprender como una forma de denegación. Si el enfermo niega la realidad, continuará en ese estado de denegación hasta que acabe por aceptar el diagnóstico o hasta que sobrevenga la muerte. Una vez que se han hecho a la idea de morir, los enfermos pueden retornar a un estado de denegación, o acometer los preparativos de su muerte, o incluso luchar contra la enfermedad. Para prepararse de forma activa ante su próxima muerte, el moribundo podrá realizar alguna de las siguientes tareas:

1.— Pasar filosóficamente revista a su vida;
2.— Poner en orden sus asuntos económicos y sociales;
3.— Tratar de vivir plenamente antes de morir;
4.— Suicidarse activamente (quitándose la vida por una acción directa) o pasivamente (por ejemplo, negándose a seguir el régimen prescrito, rechazando los medicamentos recetados o tomando alimentos prohibidos).

Cabe también que el enfermo acepte su final inminente con pasividad y resignación. Esta actitud se asemeja por lo demás al último estadio del modelo de KUBLER-ROSS. La lucha contra la enfermedad puede adoptar tres formas:

1.— Vivir para el momento presente;
2.— Consultar a curanderos o probar tratamientos no reconocidos como tales;
3.— Brindarse voluntariamente como sujeto de experimentación.

La persona que vive para el momento presente observa una actitud muy distinta de quien escoge otra solución, puesto que se trata de vivir intensamente y de sacar partido de todo momento que transcurre en vez de "sobrevivir" a cada instante. La que consulta a un curandero trata sin más de aferrarse a una esperanza. La que participa en una experiencia, sin auténticas expectativas de curación, descubre el valor de luchar contra la enfermedad y de afrontar directamente la muerte.

Cuatro elementos principales determinan las reacciones de cada uno ante la inminencia de su muerte:

1.— La historia y las características personales;
2.— El contexto en el que aparece el enfermo;
3.— El curso de la enfermedad:
4.— La naturaleza de la propia enfermedad.

La mayoría de los moribundos sufren reacciones emotivas como la cólera, la culpabilidad, la vergüenza y el pesar ante su propia muerte. El pesar resulta especialmente intenso porque no se pierde a *un solo* ser amado sino a *todos* los seres amados (KUBLER-ROSS, 1969). El personal de los servicios sanitarios y los miembros de la familia deberían mostrarse particularmente sensibles a las reacciones emotivas del moribundo y comprender que no se hallan dirigidas contra ellos sino más bien contra su estado (es decir, su muerte inminente).

Respecto a la forma en que sobreviene la muerte, GLASER y STRAUSS (1967) han identificado seis modalidades:

1.— La muerte súbita;
2.— La espera breve;
3.— La espera prolongada:
4.— El plazo corto;
5.— La sentencia aplazada;
6.— El pronóstico de "vaivén".

Cada modalidad suscita diferentes reacciones. La muerte súbita no permite a la víctima ni a la familia prepararse para el acontecimiento y el paciente carece de posibilidad alguna de reaccionar al respecto. La espera prolongada es la que hace posible la elaboración más considerable de las reacciones emotivas; éste es el caso más frecuente en los ancianos.

Como el hospital es, por lo común, el lugar en donde se desarrolla la fase terminal de la enfermedad, GLASER y STRAUSS (1965) han identificado cuatro tipos de contextos hospitalarios, según la manera de abordar el tema de la muerte. Son los siguientes:

1.— La ignorancia;
2.— La sospecha;
3.— El silencio cómplice;
4.— La lucidez.

Nos referimos a ignorancia cuando ni el personal, ni el enfermo, ni su familia admiten la inminencia de la muerte. Esta actitud, que resulta hoy menos frecuente que antaño, ha sido descrita por KUBLER-ROSS (1969), quien toma conciencia de ella

al comienzo de sus investigaciones. Por lo demás, y gracias a su trabajo de pionera, esta práctica ha acabado por desaparecer poco a poco. La ignorancia es un estado precario que provoca que la más mínima palabra, el menor gesto puedan inducir al paciente a sospechar la gravedad de su estado. A la crueldad y a la injusticia de este comportamiento respecto a los moribundos, se añade la inquietud inútil que puede provocar en los demás enfermos y en sus familias, quienes corren el riesgo de considerar como propios los signos de muerte que aprecian en torno de ellos.

En el silencio cómplice, las dos partes evitan hablar del tema que, sin embargo les preocupa en el más alto grado, el de la muerte inminente.

La lucidez rechaza todas las evasivas y no evita mirar cara a cara a la muerte. Debería ser más frecuente en los hospitales, en donde se adopta una actitud más humana hacia los ancianos. Ya volveremos a referirnos más tarde a este asunto.

Glaser y Strauss (1965) han identificado posteriormente cinco causas en las que radica el origen de la ignorancia sobre su estado, en la que se mantiene a los pacientes. La primera causa es la inexperiencia, a la que hemos aludido al comienzo de este capítulo. Los enfermos carecen en efecto de cualquier experiencia respecto de la muerte, y la mayoría sólo conocen muy poco los hospitales. En segundo lugar, la mayoría de los médicos, y por diversas razones, se abstienen de anunciar a sus enfermos que van a morir, prefiriendo guardar silencio sobre la cuestión o evitarla sistemáticamente. Esta práctica tiene cada vez menos adeptos, desde que las investigaciones han demostrado que son raras las reacciones perjudiciales en los pacientes que se enteran de que su enfermedad ha entrado en fase terminal. A esto se añade el hecho de que los hospitales se hallan organizados, a propósito o no, de manera que las informaciones sobre el estado de los enfermos no llegue ni a éstos ni a sus familias, quienes por su parte, suelen también ocultar la verdad al moribundo, creyendo facilitar así sus últimos momentos. Parece pues que el enfermo carece finalmente de aliado alguno susceptible de ayudarle a descubrir la verdad, él mismo participa a veces en el juego, evitando penetrar en el secreto o rechazando toda ocasión de averiguar la verdad porque prefiere no conocerla.

Desde el momento de nuestro nacimiento, caminamos lentamente hacia la muerte y nada hay tan seguro como el hecho de

que moriremos. Sin embargo, en el momento de morir es cuando la conciencia y la inminencia de nuestra propia muerte acaban por aflorar con todo lo que encierran de reacciones subjetivas. Hasta los enfermos debilitados o deformados por su dolencia reaccionan esencialmente a las consecuencias de su enfermedad, bien sea al debilitamiento o a la deformación. En este caso, la muerte puede parecer deseable, sobre todo cuando el sufrimiento es grande, porque pondrá fin a un doloroso capítulo de la vida. Sin embargo, y gracias a los progresos de la tecnología médica, las muertes dolorosas son cada vez más raras y hay muchas razones para creer que la mayoría de nosotros moriremos de una enfermedad crónica, conscientes de la aproximación de nuestra muerte, pero sin experimentar sufrimientos intolerables. Es, pues, importante advertir la influencia de nuestro ambiente sobre nuestros sentimientos como, por ejemplo, las actitudes de nuestros parientes hacia nosotros, y reconocer la gran diversidad de las reacciones individuales ante la inminencia de la muerte.

El miedo a la muerte y a los moribundos

Los psicólogos establecen una distinción importante entre el miedo y la angustia; el miedo tiene un objeto del que carece la angustia. Como la muerte es un estado que sólo nos imaginamos bastante mal, nuestra reacción ante ésta se aproxima más a la angustia que al miedo. Las diferentes formas que reviste la angustia ante la muerte pueden, sin embargo, parecerse al miedo, cuando se refieren a situaciones o a objetos precisos. Así, en nuestra sociedad, dan miedo los muertos y los elementos fúnebres. Los cadáveres son objetos que causan pavor y los féretros inspiran temor porque sólo sirven para los muertos. La mayoría de las personas experimentan un profundo malestar o angustia ante la idea misma de tenderse en un ataud. Y aunque el camino del cementerio sea al más corto, ¿Cuántos se atreverían a ir por allí a medianoche y con mal tiempo? A este respecto resulta interesante preguntarse por la popularidad que despiertan las películas de horror, puesto que en ellas la muerte es allí presentada y evitada, lo que procura al espectador una sensación de alivio y de seguridad cuando abandona por fin la sala.

Física y psicológicamente, reaccionamos ante la muerte como si fuera contagiosa. El malestar que experimentamos ante

un moribundo o un muerto, al igual que en presencia de objetos fúnebres, proviene del hecho de que nos obligan a tomar conciencia de nuestra propia condición de mortales. Como los ancianos se hallan próximos a la muerte, nos alejamos de ellos. Peor aún, los ancianos se sienten alienados porque creen que ser viejo implica ser un moribundo.

Es triste esta prevención hacia los ancianos y los enfermos, porque nos impide acercarnos a ellos y atender a los moribundos, tarea que nos haría posible prepararnos para nuestra propia muerte. Descuidamos, pues, nuestras propias necesidades y las de los demás en el mismo momento en que resultan más acuciantes. Si es triste que deben morir los ancianos, aún lo es más que se vean obligados a vivir en el aislamiento, separados de los seres queridos y extraños a sí mismos.

El miedo a nuestra propia muerte

Los más temerarios ante la muerte pueden tener miedo de lo que conduce a ella. El temor al pesar y al sufrimiento, a la vergüenza y la indignidad, el miedo a hallarse sólo o rechazado, a no poder ya dominarse, a sumirse en la locura, a perder la fe o a carecer de valor, todas estas aprensiones tienen un fundamento y con frecuencia atormentan a los moribundos.

Sin embargo y tras una encuesta realizada a una población de ancianos holandeses, MUNNICHS (1966) ha mostrado que el temor a la muerte sólo afectaba al 7%de los sujetos. Más de dos terceras partes aceptaban su inevitabilidad o se resignaban a ella. Nuestros propios contactos profesionales con las personas de edad suelen indicar que éstas temen menos la muerte que:

1.– Al internamiento en una residencia;
2.– A la enfermedad prolongada;
3.– Al dolor y el sufrimiento:
4.– Al crimen.

Es importante advertir que el miedo a morir no aumenta con la proximidad de la muerte, así como tampoco con la certidumbre de que uno va a morirse. Un estudio realizado por LIEBERMAN (1965) reveló que a la muerte se hallaban asociados varios factores psicosociales, pero que éstos no comprendían ni el aumento ni la disminución de los temores. WEISMAN y HACKETT (1961) identificaron un estado que difiere de la angustia y de la depresión. Descubrieron también que ciertos sujetos poseían la capacidad de prever el momento de su muerte, capacidad que denominan "predilección". Aunque los temores no aumenten necesariamente por el hecho de *saber* que se va a morir, pueden sin embargo adherirse al *proceso* mortal y dar lugar a una muerte por predilección.

Los temores que acompañan al proceso mortal

DIGGORY y ROTHMAN (1969) han abordado el estado de los temores suscitados, a través de un cuestionario que contenía una lista de siete pares de enunciados en contraste. Los sujetos debían elegir en cada par el enunciado que les producía el mayor desagrado. He aquí la lista:

1.– No podré sentir ya nada;
2.– No estoy seguro de lo que me sucederá si hay otra vida después de la muerte.
3.– Tengo miedo de lo que le pase a mi cuerpo después de la muerte;
4.– Ya no podré cuidar de los míos;
5.– Mi muerte podría causar dolor a mis familiares y amigos;
6.– Es el final de todos mis proyectos;
7.– Mi muerte podría ser dolorosa.*

La causa del mayor disgusto resultó ser el pensamiento de provocar dolor a los demás. La idea de ya no poder sentir nada recibió una puntuación media. La respuesta al cuarto enunciado varía según que estén casados los sujetos o no lo estén, porque la mayoría de los solteros no tienen persona alguna a su cargo. KALISH y REYNOLDS (1976) han empleado el cuestionario de DIGGORY y ROTHMAN pero modificándolo. Han comprobado que las preocupaciones relacionadas con la capacidad de cuidar a quienes dependen del sujeto y con el pesar que éstos podrían experimentar, eran inversamente proporcionales a la edad de los interrogados. Los ancianos se sienten, desde luego, menos afectados por las consecuencias de su muerte, incluyendo la obligación de cuidar a quienes estén a su cargo, porque muchos de los parientes próximos han muerto y porque ellos mismos se encuentran, en la mayoría de los casos, a cargo de otros.

Según BRANTNER (1970), el miedo a morir se resume en tres temores fundamentales:

1.– El miedo a morir solo;
2.– El miedo a morir en la oscuridad;
3.– El miedo a sufrir.

*La traducción es del autor.

No existe hoy razón alguna para dejar que alguien muera solo, como no sea la indiferencia de los parientes, de los amigos o de las personas en general. Hay servicios de ayuda mutua telefónica, para tranquilizar a las personas de edad que viven solas y que temen caer y no poder levantarse o que tienen miedo de morir aisladas y de que sólo se descubra su cadáver cuando haya comenzado a descomponerse. Gracias a los progresos en neurofisiología y farmacología, en la mayoría de los casos cabe eliminar o aliviar el sufrimiento. El único inconveniente de los analgésicos consiste en que nublan la conciencia cuando son administrados en dosis fuertes. El riesgo de toxicomanía (apetencia morbosa por las sustancias tóxicas) carece evidentemente de fundamento en la fase terminal de una enfermedad aunque, por desgracia, preocupe a veces al personal sanitario.

En su balance de los diversos estudios sobre los temores relacionados con la muerte y con la religión, LESTER (1967) ha señalado unas contradicciones evidentes. Llega a la conclusión de que no existe relación alguna entre la intensidad del miedo y la de las creencias religiosas, aun reconociendo, sin embargo, que los temores se hallan a veces compartimentados bajo el efecto de la orientación religiosa. No obstante, las investigaciones actuales parecen indicar que la religión no tiene efecto alguno, beneficioso o pernicioso, en los sentimientos suscitados por la muerte.

La influencia de los factores culturales en la experiencia de la muerte

Siete factores principales influyen ahora en la experiencia de la muerte. Son los siguientes: 1) la urbanización; 2) el declive de la religión; 3) la evolución de la tecnología médica; 4) el paso de la familia numerosa a la familia nuclear; 5) las modificaciones epidemiológicas; 6) el advenimiento de la era atómica y 7) la evolución de las prácticas y de las costumbres fúnebres.

1.— *La urbanización.* Desde la segunda guerra mundial, en los países occidentales se ha invertido el equilibrio demográfico de sus poblaciones, pasando así de una sociedad muy rural a otra muy urbanizada (RIEDEL y WEFALD, 1980). Este simple hecho posee varias implicaciones; la más evidente es que aleja a las personas de la experiencia de la muerte a través de la especialización de las técnicas fúnebres. Para la mayor parte de los habitantes de las ciudades, la muerte es una experiencia disociada de su realidad.

2.— *El declive de la religión.* En el curso de los últimos decenios ha disminuido considerablemente la práctica religiosa, debilitándose también las relaciones sagradas y racionales que el hombre mantenía con la muerte. Este declive afecta no sólo a los moribundos y a la manera en que éstos perciben los sentimientos de sus íntimos, sino también a la forma y a la duración del duelo entre los supervivientes.

3.— *La evolución de la tecnología médica.* La mayoría de las personas de edad han sido testigos de los cambios suscitados por la asombrosa evolución de la medicina moderna. Les parece, pues, completamente natural creer que existe al alcance de su mano un remedio para todos los males, o al menos para casi todos. La mayoría de las enfermedades infecciosas y contagiosas son ahora muy raras y una de ellas, la viruela, ha sido oficialmente eliminada. Se han generalizado los trasplantes de corazón y de riñón. Ahora cada uno cree, pues, que la Medicina puede vencer a cualquier adversario, a condición de que se aplique a la tarea el tiempo y el dinero necesarios: ¡A fuerza de investigaciones se conseguirá eliminar todas las enfermedades "mientras vivamos nosotros"!

La práctica de la medicina ha cambiado también mucho en el curso de este decenio. Las visitas a domicilio son ahora cosas del pasado y hoy es raro ver morir en casa a alguien. En la mayoría de los hospitales, se oculta la muerte al moribundo, a sus parientes, a sus amigos, a los demás enfermos y a veces hasta al personal. KUBLER-ROSS (1969) pretende incluso que los cuerpos sean retirados de las habitaciones y colocados en los furgones de la colada a fin de no afectar a los demás enfermos. Como si el hospital no fuese un sitio para morir, sino un lugar reservado al heroísmo médico; esto es al menos lo que la televisión y los otros medios de comunicación querrían hacernos creer. Por desgracia, la actual generación de ancianos creció en la época en que el hospital era efectivamente un lugar para morir, mucho más que un sitio en donde se realizaban actos heroicos. De ahí su repugnancia hacia los hospitales. Es preciso señalar que la imagen idealizada de los éxitos de la medicina nos viene directamente de la televisión. Allí se nos presenta la muerte con harta frecuencia como un accidente del recorrido, aunque se llegue a veces a reconocer que ciertas enfermedades son mortales. Paradójicamente, existe una disminución de la experiencia directa de la muerte, incluso allí donde se la encuentra con mayor frecuencia, es decir en los hospitales.

4.– *El paso de la familia numerosa a la familia nuclear.* Ha tenido como consecuencia principal la reducción de la frecuencia de las relaciones entre los parientes y los moribundos, en razón de la distancia geográfica y del espaciamiento de las relaciones personales. Pese a la flexibilidad y la rapidez de los transportes modernos, incluso es corriente enviar el pésame por correspondencia, en vez de acudir en persona a casa de los parientes del fallecido.

5.– *Las modificaciones epidemiológicas.* Ante la reducción de la tasa de mortalidad infantil y el crecimiento simultáneo de la longevidad media de los individuos, se ha hecho ya habitual asociar a la muerte con el envejecimiento.

6.– *El advenimiento de la era atómica.* Cada nuevo descubrimiento en el campo de las armas desencadena una nueva ola de pavor ante la violencia y la muerte. A partir de Hiroshima y ante la posterior progresión del armamento atómico, nos hemos vuelto conscientes del hecho de que toda la raza humana podría desaparecer en unos segundos tras un equívoco o un cálculo erróneo.

7.– *La evolución de las prácticas y de las costumbres fúnebres.* El moderno director de una funeraria no se encuentra solamente habilitado para embalsamar y maquillar el cadáver, sino que también tiene la función de lograr que el acontecimiento sea lo menos penoso posible para la familia. Según las investigaciones efectuadas, la presentación del cadáver tras el embalsamamiento sería el segundo momento penoso que se viviría, tras el momento fatídico del anuncio del fallecimiento. Se procede generalmente a este acto para comprobar si el cadáver está presentable y es reconocible. Si es preciso hacer algunos arreglos (por ejemplo: ponerle o quitarle las gafas) se pide a la familia que se retire para proceder al arreglo y que vuelva después para aprobar la rectificación. En las grandes ciudades, suele ser generalmente la empresa de pompas fúnebres la que se encarga de la operación, mientras que en las poblaciones pequeñas puede ser una asociación o una organización parroquial la que actúe. No hace aún mucho tiempo, la familia era directamente responsable de este trabajo y se enorgullecía de su ejecución. Irónicamente, los salones mortuorios y las empresas de pompas fúnebres fueron creados para permitir a la familia y a los amigos participar con plena libertad en los ritos funerarios, sin tener que ocuparse de su organización material y ello precisamente en el momento

en que los ritos ligados al duelo son relativamente poco frecuentes.

Con el declive de las costumbres y de los compromisos sociales, las personas carecen ya de modelo que dicte su conducta ante la muerte. No saben ya muy bien qué hacer y experimentan un malestar; de ahí surgen actitudes falsas más que comportamientos auténticos. Así sucede con los médicos; como perciben a la muerte como el último de los enemigos al que hay que vencer, el "triunfo" de la muerte representa a sus ojos la "derrota" de la Medicina. A partir del momento en que se ven obligados a admitir "que ya no hay nada que hacer", tratan de evitar al moribundo.

Si se perpetúa la nueva costumbre de la muerte en el hospital en vez de en casa, convendrá adoptar algunas medidas que sirvan para humanizar las circunstancias que la rodean. En especial habrá que:

1.– Prever unos hospitales o unos servicios especiales en ellos que estén expresamente reservados a los moribundos;
2.– Modificar la concepción actual de los hospitales a fin de que sean sensibles a las necesidades de los moribundos, suponiendo, evidentemente, que la mayor parte de esta clientela estará integrada por ancianos.

Ceciley SAUNDERS ha sido pionera en este campo, al crear un hospital exclusivamente destinado a satisfacer las necesidades de los moribundos. Desde su fundación en 1967 un hospicio londinense, Saint-Christopher, ha servido de modelo a las instituciones del mismo género en el mundo entero. Al brindar servicios completos a los pacientes externos tanto como a los internos y a sus familias, el hospicio Saint-Christopher ha demostrado que la institución era capaz de proporcionar humanidad. Sus objetivos consisten en estimular la lucidez, al tiempo que el alivio óptimo de los sufrimientos de modo que los enfermos puedan beneficiarse de la mejora de las condiciones de su estancia en el hospicio y vivir sus últimos días en una relativa quietud y, sobre todo, de una forma natural sin engañarse ni ser engañados.

El hospicio Saint-Christopher y las demás instituciones del mismo género se parecen en muchos aspectos a los demás hospitales. Allí hay un personal médico completo, un equipamiento médico moderno y el material preciso para el cuidado de los enfermos, así como los métodos más actuales y la más reciente farmacología. La atmósfera que reina es abierta y cordial y el marco material no reviste el lúgubre aspecto propio

de las instituciones hospitalarias, sin que se descuide el lado práctico. Por el contrario, el personal de los hospicios no intenta heroicas intervenciones médicas para demorar el momento de la muerte y sólo se aceptan los enfermos cuando están en su fase terminal.

El hospicio posee una guardería para los hijos del personal de manera que los enfermos, así como el personal, pueden ver niños. Durante las visitas se invita a las familias a que traigan a los hijos y a los nietos. En cuanto a los horarios de visita, son muy flexibles y están adaptados a las necesidades de la familia y del enfermo más que a las del personal. Jamás se oye pronunciar la frase glacial: "Ha terminado la hora de las visitas. Se ruega a los visitantes que se retiren".

Al permitir a los pacientes permanecer lúcidos e íntegros ante la muerte se evitan dos escollos: la desconfianza y la obligación de desempeñar un papel. Los pacientes ya no tienen que desconfiar de las "mentiras" del personal. No han de vivir situaciones de mutuos subterfugios con las personas que les son más queridas, sino que pueden compartir sus últimos días con sus íntimos comunicándose en forma sincera y decorosa con ellos. Curiosamente el tiempo consagrado a hablar de la muerte es menor aquí que en un hospital tradicional. En los hospitales corrientes el enfermo pierde mucho tiempo inquietándose por su estado y preguntando inútilmente para recibir siempre unas respuestas evasivas o tropezarse con un silencio obstinado.

La doctora SAUNDERS cree que ahora los esfuerzos deberían centrarse más en los cuidados a domicilio que en el ambiente institucional. Por eso dirige un vasto programa de cuidados domiciliarios, cuyo objetivo estriba en proporcionar los medios necesarios a las familias que desean mantener en casa a sus parientes moribundos.

Pero todas las ciudades no poseen todavía su hospicio y sería ilusorio esperar que la situación cambie en un futuro próximo. En realidad la mayor parte de los hospicios se insertarán probablemente en los hospitales más tradicionales, bajo la forma de servicios especializados. El concepto de hospicio ha suscitado sin embargo un movimiento y los modelos desarrollados en Gran Bretaña y en otros países permiten adquirir una formación y una experiencia que resultan preciosas.

Si se pretende mejorar las condiciones de los enfermos en fase terminal cabe prever, además de los hospicios, otros tipos de intervención que se acomoden a las normas de la Medicina

tradicional. El primer paso a dar consistiría en mejorar la calidad de la formación y de la experiencia del personal sanitario, sobre todo en cuanto a las necesidades psicológicas de los moribundos. En una determinada época, este tipo de formación era práctica corriente en las escuelas de enfermeras. Pero, con el declive de la práctica religiosa y la importancia otorgada a la tecnología médica, las enfermeras se han visto marginadas de este tipo de intervención. En ciertos grandes hospitales, cuando un paciente ha "expirado" se recurre a un personal especializado al objeto de preparar y llevarse el cadáver. Por fortuna se ha creado un movimiento que cobra una amplitud cada vez mayor y que tiene como objeto integrar en la formación de los médicos y de las enfermeras un curso sobre el fenómeno de la muerte.

En la mayor parte de los hospitales, las horas de visita son ahora más prolongadas y los niños, antes excluidos, están autorizados a formar parte en ellas. Sin embargo, aún se pueden realizar ciertas mejoras. Convendría, entre otras cosas, asesorar a las familias para que se sientan mejor preparadas y más naturales ante sus parientes moribundos. Sería también preciso que se generalizara un empleo adecuado de los analgésicos, a la luz de los más recientes descubrimientos, con el fin de lograr un justo equilibrio entre el alivio del dolor y el mantenimiento de la conciencia, sin abrumarse inútilmente de preocupaciones fútiles, en estos casos concretos, respecto de la toxicomanía. Por último, habría que tomar más en consideración la necesidad de soledad y de intimidad de los moribundos, sin llegar a aislarles por eso. Estas medidas no exigen un gran gasto de energía ni de dinero sino más bien un cambio de actitud.

Algunas cuestiones contemporáneas

El suicidio. En los países desarrollados resultan muy elevadas las tasas de suicidio entre los hombres de edad mientras que en las mujeres éstas son estables o sufren un ligero declive con el paso del tiempo. Sin embargo entre los jóvenes, mucho más que en los ancianos, es donde se encuentra la cifra más elevada, a pesar de que la tasa de mortalidad resulte más débil en general. Las estadísticas lo confirman, puesto que el suicidio está clasificado como una de las causas importantes de mortalidad entre los jóvenes. Cabe sin embargo pensar que el suicidio es más frecuente en los ancianos de lo que indican las

estadísticas. Como la muerte de los ancianos constituye un fenómeno natural, no siempre da lugar a una investigación que determine las causas de fallecimiento, comprobando si se trata de una muerte natural o de un suicidio, como sucede por lo general cuando una persona muere joven. De ahí el engaño de las estadísticas.

Con objeto de aclarar las razones subyacentes al incremento de la tasa de suicidio, que va creciendo con la edad entre los hombres de raza blanca, ROBINS, WEST y MURPHY (1977) pusieron a prueba empíricamente un test integrado por diez hipótesis sobre las causas del suicidio. Procedentes de fuentes muy diversas, literatura científica clásica (DURKHEIM), estudios psicoanalíticos y experiencia clínica, estas hipótesis son las siguientes:

1.– El suicidio se halla ligado a la falta de integración social.
2.– El suicidio se encuentra en una relación inversamente proporcional a la violencia.
3.– La probabilidad de suicidio aumenta entre los que han frecuentado la compañía de personas que han tratado de quitarse la vida.
4.– La frecuencia del suicidio aumenta entre los ancianos que poseen una fuerte ética protestante centrada en la realización individual orientada hacia el futuro.
5.– Se hallan asociadas al suicidio las ideas recibidas según las cuales los ancianos se ven obligados a rechazar los placeres de la vida y a abandonar sus papeles sociales.
6.– La probabilidad de suicidio aumenta con el sentido de la responsabilidad individual que incrementa el sentimiento de culpa y la depresión.
7.– La tasa de suicidio se eleva con la insatisfacción en la vida cotidiana y profesional.
8.– Las tasas elevadas de suicidio se explican por la elección de un sistema de valores laicos en vez de religiosos, ya que el primero autoriza al suicidio en ciertas condiciones.
9.– El suicidio es más frecuente entre las personas afectadas por una lesión cerebral, sobre todo en presencia del alcoholismo.
10.– Las tasas elevadas de suicidio se hallan asociadas a la depresión.

Aunque puedan formularse reservas sobre la forma y la orientación de estas hipótesis, subsiste el hecho de que parecen afectar a diferentes aspectos del suicidio entre los ancianos. Son los datos y no las hipótesis los que obtienen la adhesión.

ROBINS y sus colaboradores han estudiado un grupo de 209 norteamericanos de 45 a 65 años, más o menos parecidos en edad y origen racial. Las hipótesis confirmadas por su estudio son las siguientes: 1, 3, 8, 9 y 10. La hipótesis 2 ha dado resultados contrarios a lo que se esperaba, en el sentido de que son las conductas violentas las que han revelado hallarse relaciona-

das con el suicidio. La distinción entre personas de raza blanca y de raza negra se ha mostrado inoperante, puesto que todas las hipótesis confirmadas se hallaban ligadas a las ideas de suicidio en los dos grupos. Unicamente el enunciado 3 marca una diferencia: la probabilidad de suicidio aumenta entre los blancos con la frecuencia del trato con personas que han intentado quitarse la vida, pero no sucede así entre los negros.

En una próxima etapa, habrá ocasión de aplicar las hipótesis de esta investigación a otro estudio con objeto de comparar, esta vez, las tendencias al suicidio entre personas de edad de sexo masculino y de sexo femenino, porque hasta ahora no se ha realizado ningún otro estudio con el fin de poner de relieve la complejidad de estas relaciones. Los estudios de MACMAHON y PUGH (1965) y de BOCK y WEBBER (1972) han demostrado, por ejemplo, que el suicidio era más corriente en viudos y viudas, pero ROBINS, WEST y MURPHY (1977) han desdeñado incluir a las viudas en su muestra. SENDBUEHLER y GOLDSTEIN (1977) han advertido que las personas con lesiones cerebrales no lograban muy a menudo su suicidio. Finalmente ROTTER (1960) y otros investigadores como SELIGMAN (1975) creen que la depresión podría aumentar en la medida en que disminuye el sentimiento de tener control sobre el mundo. De hecho, RODIN y LANGER (1977) han demostrado que renacía el optimismo con la impresión de dirigir el propio destino, al menos entre los jubilados internados en residencia a los que observó. Pero es preciso creer también que se trata de pérdidas *relativas.* Dicho de otra manera, el que jamás ha podido llevar una vida verdaderamente libre, no se siente tan disminuido como otros al llegar a la vejez. Por lo demás, las personas que siempre se han sentido dueñas de su propio destino pueden deprimirse cuando llegan a depender de fuerzas exteriores. Cualesquiera que sean las causas del suicidio, hay que señalar que las investigaciones en este campo se multiplicarán en el curso de los años ochenta, porque se trata de un problema importante.

El suicidio es tanto un atentado a la vida como una llamada de socorro (SHNEIDMAN, 1973). En la práctica es imposible distinguir las tentativas serias de las que no tienen otra finalidad que atraer la atención, puesto que también estas últimas pueden conducir a la muerte; por eso hay que tomar siempre en serio las amenazas de suicidio. Sin embargo, cabría distinguir la motivación en función de la probabilidad de muerte que implica el método elegido. En efecto, una bala en la cabeza o

un salto desde el piso 16 comportan una probabilidad de muerte más elevada que el hecho de ingerir un puñado de píldoras de Valium o de somníferos. Frecuentemente las personas de edad fracasan menos en su sucidio que los jóvenes, lo que indica, quizá, que quieren seriamente poner fin a su vida. Según SENDBEUHLER y GOLDSTEIN (1977), la mitad de los suicidios frustrados entre las personas de edad están asociados al síndrome órganico cerebral, que impide al sujeto la realización de su gesto por falta de coordinación, de planificación, de determinación y de conciencia de la realidad.

Al parecer el grupo que presenta, entre los ancianos, el riesgo más elevado de suicidio es el de los viudos, pero son muchos los medios de mejorar su situación. BOCK y WEBBER (1972) citan dos intervenciones posibles. La primera consiste en atenuar los efectos del aislamiento social en el que viven, la segunda en ayudarles a establecer las relaciones y a encontrar un sustituto al matrimonio, que no será necesariamente heterosexual, a fin de que recobren el sentimiento de pertenecer a alguien. Los autores reconocen que se trata de intervenciones difíciles, puesto que las condiciones sociales vigentes y los valores de la generación actual limitan su aplicación y las probabilidades de éxito.

Se reconoce generalmente que las tentativas conocidas de suicidio sólo representan una proporción muy débil de los comportamientos de suicidio en una sociedad (KASTENBAUM y MISHARA, 1971; MISHARA, 1982). Otras conductas perjudiciales, así como las tentativas de automutilación resultan relativamente comunes pero no son contabilizadas entre las tentativas de suicidio. En sus estudios sobre el sucidio de los ancianos, MISHARA, ROBERTSON y KASTENBAUM (1973) señalan que el hecho de no obedecer las órdeneas del médico, negarse a comer e ingerir objetos peligrosos, resultan extremadamente frecuentes entre las personas de edad internadas en residencias. Sin embargo se podrían paliar estos comportamientos mediante intervenciones individuales y por modificaciones del entorno, puesto que son probablemente sintomáticos de los aspectos represivos del internamiento en residencia de los pacientes geriátricos crónicos. En la vida cotidiana, se hallan también parecidos comportamientos perjudiciales. Estas formas indirectas de suicidio pueden conducir a una muerte prematura, sin que quienes rodean al sujeto reconozcan en él unas ideas conscientes o inconscientes de suicidio. Los autores indican que es ardua la tarea de reconocer los

comportamientos perjudiciales y que, por esta razón resulta difícil reducir la incidencia mediante intervenciones apropiadas.

La eutanasia. Este término procede de dos palabras griegas: *eu,* que significa bueno o bien, y *thanatos,* que significa muerte. Si a veces quiere decir procurar una "buena" muerte, designa por lo general el "homicidio por piedad". En el sentido de "homicidio por piedad", la eutanasia constituye una cierta forma de ayuda al moribundo. La eutanasia puede ser directa o indirecta, voluntaria o involuntaria.

1.— *Eutanasia directa y voluntaria.* La muerte es elegida y ejecutada por el paciente. Representa el ejercicio de su libertad. El suicidio entra en esta categoría.

2.— *Eutanasia indirecta y voluntaria.* El paciente autoriza a otro médico, abogado, pariente o amigo, para que ponga fin a su vida cuando la situación lo exija como, por ejemplo, si el paciente entra en coma o en un completo estado disfuncional, para tomar por sí mismo la decisión.

3.— *Eutanasia directa e involuntaria.* La muerte por piedad es ejecutada sin el consentimiento presente o pasado del paciente. Se califica a esta forma de muerte "eutanasia activa". Retirar y desconectar el aparato respiratorio que mantiene a alguien con vida constituye un acto de eutanasia directa e involuntaria.

4.— *Eutanasia indirecta e involuntaria.* Se deja que se deteriore por sí mismo el estado del paciente sin intervenir para acelerar su fin y se asume esta ausencia de intervención sin haber obtenido su consentimiento previo. Esta forma de eutanasia se denomina "eutanasia pasiva". Cuando un paciente está a las puertas de la muerte, es más natural decir que la interrupción de los sistemas automáticos de mantenimiento de la vida "permite" la muerte y no que la "causa". De todas maneras, los factores capaces de causar la muerte son suficientemente numerosos sin la participación del médico (KOZA, 1979).

A esta clasificación se añade una oposición más clásica entre la eutanasia y la eutanasia pasiva. La primera consiste en actuar con la intención de matar, como por ejemplo, cuando se inyecta aire en las venas. FREUD murió a consecuencia de una intervención activa (SCHUR, 1972).

Por eutanasia pasiva se entiende el hecho de evitar ciertos tratamientos considerados como "medidas heroicas" o "me-

dios extraordinarios", por ejemplo, recurrir al corazón-pulmón artificial. El Papa, en sus encíclicas sociales, y la jurisprudencia, fuentes tradicionalmente conservadoras, no se oponen a la eutanasia pasiva bajo la reserva de que sea practicada en ciertas condiciones (FICARRA, 1978). La eutanasia activa, por el contrario, es generalmente condenada cualesquiera que sean las circunstancias que rodeen a la muerte.

Ha surgido un fenómeno nuevo bajo la forma de "la penúltima voluntad" (*Living Will*), no reconocida por el derecho de la mayoría de los países, y por la que el enfermo declara al médico que no quiere beneficiarse de medidas extraordinarias ni ser salvado, si existe el riesgo de que después se vean profundamente disminuidas sus funciones cerebrales. Diversos países han tratado de hacer reconocer la legalidad de este nuevo género de testamento del que transcribimos un ejemplo:

PENULTIMA VOLUNTAD

A quien incumba en derecho.
mi familia, mi médico, mi abogado, mi confesor, todo centro médico en donde pueda ser hospitalizado(a), toda persona que pueda ser responsable de mi salud, de mi bienestar, de mis asuntos.

El(la) abajo firmante .... declara que la muerte es tan real y tan importante como el nacimiento, el desarrollo, la madurez y la vejez y que es absolutamente cierta. Si llegara un tiempo en que yo fuera incapaz de tomar parte en las decisiones que me conciernen, sea esta declaración la expresión de mis deseos mientras que estoy todavía consciente.

Llegado el caso de que se hubiera perdido toda esperanza de curación física o mental, pido que se me deje morir y que mi vida no se conserve por medios artificiales o medidas heroicas. No temo la muerte en sí misma, sino la indignidad, el deterioro, la dependencia y el sufrimiento sin esperanza. Pido, pues, que para calmar mis sufrimientos se me administren medicamentos aunque éstos puedan precipitar mi muerte.

Formulo esta petición tras una reflexión madurada. Espero que quienes me queréis os sintáis moralmente obligados por la expresión de mi penúltima voluntad. Reconozco que os confiere una gran responsabilidad, pero hago precisamente esta declaración para aliviaros de ella.

Fecha .... Firma ....
Testigo .... Testigo ....
Se ha entregado copia de esta petición a X ....
X ....

Indudablemente el debate sobre la eutanasia se prolongará aún mucho tiempo, en especial respecto a enfermos cuyo cerebro ya no funciona y cuya vida se conserva gracias a las técnicas modernas. Este debate suscita numerosas e importantes preguntas entre las que pueden mencionarse las siguientes:

1.– ¿Tiene el Estado, o quien fuere, el derecho de prolongar la vida en contra de los deseos de la persona en cuestión? En caso afirmativo, ¿cuáles son las condiciones y los límites de este derecho?
2.– ¿Qué es la muerte?
3.– ¿En qué consisten las llamadas intervenciones heroicas o extraordinarias y en qué las denominadas normales o habituales?
4.– ¿Acaso no representa la muerte una medida caritativa cuando una persona se halla gravemente mutilada o con la inteligencia considerablemente disminuida?
5.– ¿Deben ser respetadas las voluntades manifestadas por escrito por una persona viva?
6.– ¿Quién debe tomar estas decisiones?

No podemos concluir este capítulo sin recordar que los ancianos se ven con mayor frecuencia que los jóvenes en condiciones tales que la eutanasia se presenta como una medida posible, bien sea en razón de su tasa de mortalidad más elevada, o de la disminución de sus funciones físicas y mentales, a las que se añade el hecho de que, a menudo, pueden sentirse inútiles e incapaces de cuidar de sí mismos. La cuestión que entonces se plantea es la de saber si nuestra sociedad, que posee los medios de intervención para retrasar la muerte, puede también proporcionar recursos para mejorar la condición de los ancianos hacia el final de sus días, de modo que prolongando su vida, no prolongue sus sufrimientos.

CAPITULO VIII

EL DUELO

En el curso de nuestra vida casi todos sufrimos un cierto número de pérdidas. El capítulo presente trata de los efectos que éstas producen en el comportamiento y los sentimientos del sujeto. Los autores norteamericanos e ingleses distinguen con frecuencia entre la pérdida ("privación"), los sentimientos que la acompañan ("tristeza, pesar o dolor") y los comportamientos manifestados como respuesta a ella ("duelo"). Aunque sea posible establecer la misma distinción en otro idioma, la palabra "duelo" sirve en general para describir todas las reacciones, tanto emotivas como del comportamiento, que preceden a la pérdida de un objeto. En este capítulo, la palabra "pérdida" es empleada para designar a las circunstancias que la rodean. Aunque se trate de la pérdida de objetos diversos (un ojo, un empleo, un cónyuge, etc.), la investigación a la que aquí nos referimos concierne esencialmente a la vivencia del viudo o de la viuda, es decir a la persona que ha perdido su pareja. Se consideran como inherentes al proceso las reacciones emotivas ante la pérdida de un ser querido, pesar o dolor.

Algunas consideraciones sobre el duelo

Una pérdida inaugura un período de duelo. Generalmente la primera que se experimenta es la de un abuelo, abuela o uno de los padres. Estadísticamente, parece que esta pérdida debe

ser la de un hombre, porque su esperanza de vida es menor que la de las mujeres. Habida cuenta de que la longevidad varía de una generación a otra, la edad a la que sobreviene la primera pérdida tiende a cambiar según las generaciones. En efecto, la mayoría de nuestros abuelos perdieron a varios parientes en su infancia, mientras que muchos adolescentes de hoy no han visto morir jamás a un amigo ni han asistido nunca a un entierro.

Si la muerte ha sido apartada de nosotros, en el sentido de que se hace menos visible, se ha alejado también en razón del hecho de que rara vez nos alcanza a través de los que están muy próximos a nosotros. Los jóvenes han tenido quizá conocimiento de la muerte de un bisabuelo o bisabuela, pero no los consideran como parientes próximos. La distinción entre las experiencias de las generaciones queda a menudo acentuada por la distancia, puesto que ahora las familias son mucho más móviles de lo que eran hace 10 ó 20 años. Al añadirse el alejamiento geográfico al de las generaciones, frecuentemente muchos se limitan a escribir una carta de pésame, en vez de presentarse personalmente en el salón mortuorio.

Como consecuencia de los cambios demográficos, la muerte sobreviene hoy a una edad menos temprana. Es raro, en efecto, ver ahora morir a jóvenes. Y cuando esto sobreviene, suele ser percibido como algo indigno. Esto significa además que el duelo se ha convertido en característico de los ancianos más que de los jóvenes. Desde el comienzo del siglo, la distribución de la edad de las viudas se ha modificado de modo sorprendente. La viuda de 1900 era bastante más joven que la de 1964 y un número significativo de viudas tenían entonces menos de 50 años. Por el contrario, en 1964, el promedio de edad de las viudas se situaba entre los 50 y los 60 años. Una importante diferencia separa a las viudas de hoy de las relativamente jóvenes de ayer, y es el acceso a los contactos heterosexuales, puesto que el número de hombres solos es mucho menos elevado que el de las mujeres de la misma edad. En nuestra sociedad, las viudas verán aumentar su número pero se hallarán también privadas de contactos con los hombres. Por otro lado, éstos se encuentran en una situación diferente. En efecto, siendo menos numerosos, los hombres tienen más ocasiones de hallar al sexo opuesto. Sin embargo, experimentan mayor dificultad que las viudas para encontrar a alguien con quien compartir la experiencia de su viudez.

Según un estudio realizado en 1970, las tasas de pérdida

acusan una notable diferencia entre hombres y mujeres. El porcentaje de pérdidas se eleva, en efecto, al 55% en las mujeres de 65 años, mientras que sólo es del 17,1% en los hombres de la misma edad. Pero el porcentaje de los solteros y de los divorciados sigue siendo comparable para el mismo grupo de edad, es decir un 3,04% de divorciados frente a un 3,19% de divorciadas y un 7,49% de solteros frente a un 8,13% de solteras. Las tres cuartas partes de los hombres de edad se hallan, pues, casados en comparación con un tercio de las mujeres (36,4%).

Si estas tendencias siguen evolucionando en el mismo sentido, y tenemos todas las razones para creer que así será, estas cifras resultarán entonces aun más desfavorables para las mujeres del futuro.

Desde el punto de vista económico y profesional, la generación actual de los ancianos se halla en desventaja frente al resto de la población. Así, la viuda de edad tiene menos dinero y menos intrucción que las jóvenes; experimenta mayores dificultades para hallar un empleo, tanto en razón de su falta de experiencia en el mercado de trabajo, como por el prejuicio existente hacia los trabajadores viejos. Se plantea aquí una cuestión interesante: la de saber si, en el futuro, aumentarán o disminuirán estas diferencias. La reglamentación concerniente a la jubilación; los seguros de vida y otras ventajas sociales son otros tantos elementos que tienen una incidencia en la experiencia de la viudez.

El proceso de duelo

Por definición, el proceso de duelo es desencadenado por una pérdida. El freudiano ortodoxo habla de la "pérdida del objeto", pero nosotros ampliaremos esta noción para incluir la pérdida de una función, como la de la capacidad de andar. Todo cambio, relativo o absoluto, que modifica negativamente un estado anterior, provoca un duelo. Así el duelo puede resultar de una disminución de la libertad, tanto como de la pérdida del cónyuge. La amputación de un brazo, de una pierna o la ausencia de ciertas funciones de las extremidades, como en los casos de paraplejía o de cuadriplejía, puede sumir, asimismo, al sujeto en un estado de duelo. Son pocos los estudios sobre el duelo que sigue a la pérdida de una función, al igual que sobre el concepto de pérdida en general. La pérdida de funciones resulta corriente en las personas de edad. La naturaleza del

proceso de duelo que sigue a una pérdida de funciones, a los traumatismo sobrevenidos a diversas edades, así como a la pérdida de la libertad, ha sido muy poco estudiada y sigue siendo un terreno fructífero para la exploración. MARRIS (1958; 1974), pionero en el estudio del duelo y del cambio, ha intentado mostrar que estos dos fenómenos se hallan ligados a un impulso de conservación natural, pero han sido escasos los estudios científicos abordados para refutar o defender su trabajo teórico.

Gran parte de la investigación referente al duelo es debida a los autores ingleses de orientación psicoanalítica. Uno de los más prolíficos, Colin Murray PARKES, ha aislado siete rasgos comunes que caracterizan a las reacciones ante la pérdida: Son estos:

1.— La toma de conciencia: el sujeto afligido pasa de la denegación, o el rechazo a admitir que ha perdido a alguien o algo, a la aceptación.
2.— La angustia desencadenada por una reacción de alarma, la agitación y las manifestaciones fisiológicas del miedo.
3.— La búsqueda del ser perdido al que se desea reencontrar bajo una u otra forma.
4.— La cólera, a veces acompañada de violencia y de un sentimiento de culpabilidad respecto de los que impulsan al sujeto afligido hacia la aceptación prematura de su pérdida.
5.— El sentimiento íntimo de la pérdida de uno mismo o el de haber sido mutilado.
6.— Un fenómeno de identificación con el objeto: adopción de rasgos, de maneras o de síntomas característicos de la persona desaparecida, acompañada o no de la impresión de que esa persona se halla presente en el interior del sujeto.
7.— Unas variantes patológicas del dolor: la reacción quizá excesiva y prolongada, o inhibida y con tendencia a manifestarse bajo una forma indirecta (PARKES, 1972).

La primera fase de la reacción consiste en tomar conciencia del hecho de que ha sobrevenido una pérdida. Ante el anuncio de una pérdida, incendio de la casa, enfermedad grave, fallecimiento de un ser querido o cualquier otra, es natural reaccionar, diciendo: "¡Oh, no! ¿Está usted seguro?". La toma de conciencia supone varios estadios, comenzando por el rechazo intelectual, seguido de la aceptación en este nivel para llegar a la aceptación en los niveles emotivo y del comportamiento. Incluso cuando en un nivel profundo se acepta la pérdida del cónyuge, el viudo o la viuda puede sentirse culpable de salir en compañía de una persona del sexo opuesto, dando a este gesto el sentido de una traición hacia el cónyuge fallecido.

Una vez aceptada la pérdida, el sujeto experimenta un sentimiento desagradable que se asemeja al miedo. Este miedo se

transforma en angustia, que carece de objeto, puesto que lo que da miedo y se torna incierto es el futuro, concebido sin el objeto perdido (pariente, libertad o capacidad). Estos componentes psíquicos del duelo constituyen lo que cabe llamar el "dolor". Este es, a menudo, seguido de los síntomas físicos y mentales, que perjudican a la salud, así como a la capacidad de realizar las tareas cotidianas. El sentimiento de pérdida puede hallarse acompañado del deseo de ver volver, al menos temporalmente, a la persona amada, así como de la rememoración del pasado con objeto de rehuir las presiones del presente.

La necesidad de asegurarse del carácter definitivo de la pérdida es, a menudo, considerada como la primera etapa necesaria para el establecimiento del duelo. Algunos pretenden que es bueno ver el cadáver de la persona fallecida, pues esto fuerza a admitir que el ser amado ya se ha perdido. Otros sostienen que esta visión produce efectos negativos y debe evitarse. De cualquier manera que sea, la admisión de la pérdida no parece más difícil entre los grupos religiosos o culturales en donde no se practica la visita al cadáver.

La vivencia de los sujetos que han experimentado la pérdida de una función o de la libertad difiere de la de aquellos que han perdido a un ser querido, en el sentido de que éstos conservan perpetuamente el recuerdo de su pérdida. Durante una discusión en clase, un alumno declaraba que para una viuda el equivalente de tornarse parapléjica o cuadripléjica consistiría en conservar el cuerpo de su marido como el paralítico conserva sus piernas. Cada vez que trata de levantarse, olvidando que sus piernas ya no funcionan, el parapléjico se halla de nuevo en presencia de su pérdida. Sucede lo mismo con el que ha sido privado de libertad o del empleo de un órgano. La única diferencia importante corresponde, sin duda, al hecho de que en el parapléjico la pérdida es brusca y, en la mayoría de los casos, se halla ligada a un único accidente, mientras que en un anciano, la pérdida de las funciones resulta gradual. A este respecto, citemos a Birren (1970); esta pérdida se hará evidente sólo cuando se alcance un punto crítico cualquiera, cuando ya resulte difícil ejercer una función o cuando sea imposible efectuar alguna actividad.

Toda persona comprometida en un proceso activo de duelo se encuentra en un estado psicológico perturbador. Está a la vez angustiada y agitada; no quiere hacer nada, sólo realiza gestos desprovistos de significado, efectuados de manera automática.

Experimenta accesos de cólera contra quienes le rodean y que constituyen tan sólo el resultado de un desplazamiento y la proyección de las emociones de pesar, puesto que la situación misma es lo que le resulta intolerable y nada puede remediarlo. A veces su cólera se vuelve contra el desaparecido, que la ha abandonado; en ocasiones vienen a mezclarse con este sentimiento de cólera preocupaciones de orden práctico referentes a la dificultad de vivir o de ganar lo suficiente. Habida cuenta de la censura que se adhiere a la cólera contra los muertos, quizá resulte difícil experimentar este sentimiento como no sea por medios indirectos y puede suceder que sean las personas próximas quienes padezcan las consecuencias. Pero frecuentemente acontece también que las reacciones de cólera surgen como respuesta a unos comportamientos muy reales de quienes hay alrededor, como el hecho de ser abandonado por los amigos casados o, en el caso de las viudas, de hallarse enfrentada a insinuaciones sexuales. Existe el riesgo de que se exacerbe el problema cuando no hay prácticas rituales destinadas a facilitar la expresión del dolor y aprobadas por la sociedad. La ausencia de prácticas específicas que rodeen al duelo puede proporcionar, en un primer momento, la impresión de libertad, pero en realidad lo que la persona en duelo necesita es sentirse guiada y apoyada.

Las costumbres destinadas a favorecer la expresión del dolor comprenden el empleo de ropa de color oscuro, la realización de ciertas tareas e incluso, en determinados casos, el aislamiento. En las sociedades primitivas las prácticas del duelo se hallan precisadas en sus menores detalles. La persona en duelo puede verse obligada a realizar actos rituales que comporten sacrificios, a vestir de una manera rigurosamente definida así como a la participación en ceremonias públicas, so pena de sanciones severas por parte de la comunidad. Por el contrario, en las sociedades modernas, las reglas y las normas son más flexibles. En comparación con las comunidades primitivas, en Occidente existen, en efecto, muy pocas exigencias respecto al duelo. De aquí resulta una mayor libertad, pero esta actitud puede ser también interpretada como de indiferencia o de falta de apoyo en el momento mismo en que éste resulta más necesario.

Todavía hace muy poco tiempo se velaba el cadáver en el salón, mientras que los mienbros de la familia, tras haber expresado su pésame a los parientes, se reunían en una comida ritual. En Norteamérica y en la época de los pioneros, muchos

miembros de la familia pasaban incluso la noche en la casa del difunto, porque era demasiado tarde para volver a sus hogares tras el entierro. El período que seguía inmediatamente a la muerte era muy importante y las diversas costumbres trataban de proporcionar un seguro apoyo moral a las familias afligidas. Indudablemente tales prácticas no deberían ser abandonadas mientras que no se hubiese hallado otros medios con los que ayudar a los afectados por la pérdida de un pariente.

Las sociedades modernas brindan muy poco apoyo a las personas en duelo. En algunos casos, las prácticas se limitan a velar el cadáver, al entierro y a llevar luto, tras lo cual sigue un período de retirada de la vida mundana. Pero los días y las semanas que siguen a la muerte resultan difíciles, y la persona en duelo puede sentirse inútil y desorganizada; precisa del apoyo de quienes la rodean. Entre los judíos que observan la costumbre del *shiva*, se halla prescrita la duración del duelo y durante este período la familia recibe el apoyo de la comunidad antes de reanudar sus funciones normales; pero, en la actualidad, esta práctica tiende a perderse salvo entre los judíos más ortodoxos.

Aunque el viudo o la viuda no haya perdido una parte de su propio cuerpo, ha habido una mutilación, en el sentido de que el cónyuge que sobrevive se siente menos completo que antes. En efecto, tenía siempre alguien a su lado en el lecho y alguien con quien hablar, pero ahora los gestos que acostumbraba a hacer con y para el otro han perdido su razón de ser. Mucho tiempo después del entierro, hay viudas que se sorprenden, poniendo la mesa como si su marido siguiera allí. Existe también un sentimiento de pérdida de uno mismo, porque ahora se ha esfumado todo lo que se había desarrollado entre las personas que habían vivido juntas tanto tiempo. Hay algo que aún no se ha mencionado y es la sensación de extrañeza que experimenta la persona que se ve obligada a asumir las funciones del desaparecido. Es posible que el hombre tenga que limpiar la casa y que la mujer deba ocuparse de los asuntos de su marido. Estos actos pueden parecer repulsivos o extraños y exacerbar el dolor.

Parkes (1972) habla de identificación cuando una persona adopta los rasgos y las maneras de otra. Por parte de la viuda, se trata verosímilmente de asumir unas actividades del marido más que de una identificación clara en el sentido psicoanalítico. Es natural, en efecto, que una viuda se pregunte cómo

hacía las cosas su marido cuando ella se ve forzada a ocupar su lugar. Por ejemplo, si jamás había entrado en un Banco y debe abrir una cuenta corriente, imaginará la forma en que habría actuado su marido y utilizará la idea concebida como una especie de modelo para que le ayude a tomar sus propias decisiones. Si tiene un hijo, quizá se esfuerce conscientemente por desempeñar el papel del marido ante él, por miedo a que padezca la ausencia de su padre. Cabe entonces que no sólo adopte el papel del padre sino que trate de actuar ante el niño como lo habría hecho su marido.

Dolor "normal" y "anormal"

Ciertos autores pretenden que la expresión del dolor puede hallarse marcada en exceso o en defecto; hablan de grados "patológicos" del dolor. Pero demasiado e insuficiente son evidentemente términos relativos e intervienen diversas variables en la definición del grado y de la duración que se juzgan apropiados y "normales". El proceso que hemos descrito aquí es relativamente invariable, pero la duración y la expresión del duelo varían considerablemente según los individuos y las culturas. El diagrama de Lamers (1965) ilustra muy bien este proceso (ver figura VIII-1). Los tres momentos de protesta: desesperación, desasimiento y reorganización, son muy parecidos a las etapas de Parkes. Si se representa la vida como una línea ascendente (fig. VIII-1), se verá que, en cierto modo, se halla interrumpida por el dolor, pero que se reanuda y prosigue tras la interrupción. Este ciclo puede repetirse en varias ocasiones, por ejemplo, ante la visión de un objeto que perteneció a la persona fallecida, en el momento de realizar las funciones que habitualmente le estaban reservadas, o con ocasión de una fecha importante, como la de su muerte, cumpleaños y también la del aniversario de boda. Una persona de edad, que ha experimentado un gran número de pérdidas, puede revivir esta secuencia cada semana o incluso cada día.

La persona afligida, sus amigos y sus familiares se preguntan a menudo cuánto tiempo debe durar el duelo. "Hace un año que Georges ha muerto y aún siento dolor. ¿Es esto normal? Mamá ya no se ocupa de los niños y dice que su vida carece de objetivo. Pero papá murió hace tres meses. ¿Debo buscar a alguien que la ayude? ¿Qué hemos de hacer?". Todas estas preguntas se refieren a la duración del duelo. Lopata (1973), en

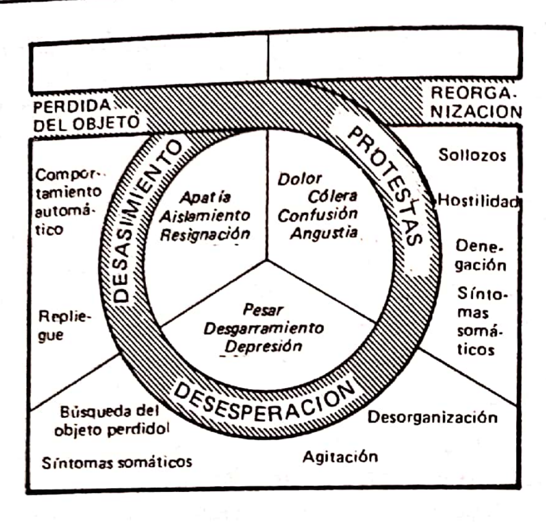


Figura VIII-1: Ciclo de las reacciones ante la pérdida (según LAMERS, 1965).

sus investigaciones en Chicago, da cuenta de que la mitad de las 245 viudas a las que interrogó, declararon haber experimentado un agudo dolor durante un año, pero la quinta parte de ellas afirmaron que "una no se repone jamás". Sus resultados se reflejan en la Tabla VIII-1. De modo general, parece que la etapa más dolorosa ha quedado concluida al cabo de 1 ó 2 años. Cabe decir que el dolor conoce tres grados de expresión y que éstos tienen aproximadamente la misma duración en todos los sujetos. Durante el primer período, que dura una o dos semanas, el dolor es intenso y se hace patente a cada momento; durante el segundo período, que dura alrededor de un mes, el dolor es todavía intenso y los momentos dolorosos son más frecuentes que los períodos de paz. El tercer período dura aproximadamente un año; el dolor es intenso y frecuente pero va debilitándose.

Las numerosas reacciones al dolor son probablemente aquellas a las que PARKES se refiere cuando habla de las variantes "patológicas" del dolor. La persona incapaz de experimentar su dolor, bien sea en razón de las presiones culturales que se ejercen bajo la forma de consejos, como "afróntalo con serenidad" (caso del hombre en nuestra sociedad), o como consecuencia de perturbaciones emotivas profundas, corre el riesgo

TABLA VIII-1. *Duración de la pena tras la muerte del marido*

Duración	Número	Porcentaje
Menos de un mes	3	1,2
De 1 a 5 meses	14	5,7
De 6 a 11 meses	29	11,8
12 meses	73	29,7
De 13 a 23 meses	6	2,4
24 meses	39	15,9
25 y más meses	31	12,6
Nunca se recobró	50	20,4
Sin respuesta	56	22,8*

Número: 245
* No incluido en los porcentajes.

(Adaptada y reproducida con la autorización de LOPATA, 1973.)

de ver agravarse su estado. PARKES (1971) se ha interesado por los trastornos afectivos manifestados por tres grupos de viudos, inmediatamente después de la muerte del cónyuge y durante los tres meses siguientes.

Los viudos que presentaban trastornos afectivos importantes como reacción a la muerte de su mujer, experimentaban todavía dificultades al cabo de tres meses, como si el duelo precipitara una reacción aguda debida a una alteración profunda de la personalidad que hubiera pasado desapercibida hasta entonces. Los viudos que no parecen reaccionar ante el momento del fallecimiento, son aquellos cuyo equilibrio resulta más precario al cabo de tres meses, puesto que no han llegado al estadio que LINDEMANN denomina "el trabajo del dolor". Los viudos que parecen haber atravesado mejor este período son aquellos que expresaron su dolor en el momento mismo de la muerte, pero sin demasiada resonancia.

PARKES (1972) ha revisado la literatura sobre la cuestión, incluyendo los resultados de sus propias investigaciones, y ha extraído numerosas observaciones relativas a los factores determinantes del duelo. Estos se reagrupan en tres categorías generales: elementos biográficos que predisponen al sujeto a tolerar bien el dolor, elementos presentes que favorecen una sana reacción al duelo, acontecimientos subsiguientes que afectan a la naturaleza de la reacción. Cada uno de estos factores se halla presente en toda persona que viva un duelo y opera en un grado distinto. Seguidamente analizaremos estos factores, así como la manera en que afectan tanto al proceso del duelo como a la salud general de la persona.

Factores determinantes del duelo

Antecedentes. La persona que ha vivido ya varios duelos posee una tolerancia hacia la muerte superior a la de quien entra en contacto con ésta por vez primera. Para los jóvenes de nuestra época, que se hallan al parecer cada vez menos expuestos a la muerte, el duelo constituye una experiencia extraña y muy penosa.

Relación con la persona fallecida. El sentimiento de pérdida será tanto más intenso cuando más profunda sea la unión con la persona fallecida. Por tanto, un sentimiento de ambivalencia da lugar a penosas emociones antagonistas. Las personas muy dependientes que se ven privadas de recursos económicos, físicos o sociales, pueden reaccionar de diversas maneras. La duración de la relación con la persona fallecida, su estado de salud, así como su edad tendrán también una incidencia en la manera en que se viva el duelo.

La edad. Las personas de edad están más preparadas que los jóvenes para soportar la pérdida de un ser querido, porque se han encontrado más amenudo en contacto con la muerte. Pueden sentir también que se aproxima su propia muerte y que su duelo sólo tendrá quizá una corta duración. Las personas de edad frecuentan más la compañía de quienes están en duelo y pueden también encontrar en ellos un modelo.

La personalidad. Los sujetos reservados, autónomonos y de buena salud mental parecen más aptos para dominar su dolor que los que son dependientes o experimentan dificultades psicológicas. Sin embargo, resulta importante advertir que el hecho de no manifestar el dolor no constituye necesariamente una reacción sana. En los sujetos dependientes, la pérdida de apoyo provoca unas reacciones intensas, así como el pavor y un sentimiento de impotencia. Por el contrario, quienes disfrutan de una autonomía suficiente pueden sufrir con intensidad, pero sin manifestar un profundo sentimiento de inseguridad, ni sentirse totalmente desamparados.

Clase socioeconómica y nacionalidad. Los miembros de ciertos grupos étnicos, al igual que los de clases socioeconómicas desfavorecidas, dan libremente curso a su dolor. En los Estados

Unidos, la familia del presidente Kennedy pareció fuerte a algunos y representativa de una conducta que habría que imitar porque se mostró reservada y eficaz en la realización de sus tareas. Los pueblos del Norte de Europa son, en efecto, más reservados que los del Sur. Llorar y gritar durante un entierro puede ser mal visto entre los europeos del Norte, mientras que una actitud digna, silenciosa y reservada parecerá constituir una falta de respeto a los ojos de los europeos meridionales.

Ritos y religión

Los ritos no están necesariamente ligados a la religión. En efecto, al lado de los ritos religiosos hay otros que son enteramente laicos. Aunque tengan su origen en la religión, ciertos ritos fúnebres han acabado por perder casi toda significación religiosa. Como dijimos antes, la utilidad de los ritos reside en el hecho de que guían y sostienen a la persona en duelo. Al disminuir la influencia y la práctica de la religión, la Iglesia, muy verosimilmente, dejará de desempeñar su papel de guía y de apoyo. La muerte se ha secularizado progresivamente; el duelo sufre la repercusión del declive de los ritos que rodean a la muerte y de las prácticas religiosas que la acompañaban antaño.

Circunstancias que rodean a la muerte

Las reacciones a la muerte están matizadas por las circunstancias que rodean el propio acontecimiento. Si la muerte es repentina e imprevista, el comienzo del duelo se caracterizará por una reacción intensa. Por el contrario, si sobreviene tras una enfermedad dolorosa, prolongada y costosa, la muerte puede aparecer principalmente como un alivio. En cuanto a la pérdida de un ser joven, puede que parezca por completo deshonesta porque resulta "inconveniente" morir joven. La sociedad brinda también menos apoyo a las personas que han perdido a un pariente o a un amigo joven, porque el hecho es menos frecuente.

Las creencias religiosas constituyen, a menudo, un apoyo precioso para las personas afligidas, proporcionándoles un medio de racionalizar sus sentimientos y de orientar su conducta. El declive de la religión provoca evidentemente la desaparición de este apoyo moral y, en consecuencia, un aumento de la incertidumbre en cuanto a la forma de vivir el duelo. La inseguri-

dad de la persona afligida puede, sin embargo, ser atenuada cuando un apoyo personal o social ocupe el lugar de las prácticas religiosas. La presencia de los parientes próximos y de los amigos puede que en efecto compense la pérdida del sentimiento religioso. LOWENTHAL y HAVEN (1968) han comprobado que el apoyo brindado por los "confidentes", por ejemplo, mejoraría de manera significativa la moral de los ancianos enfrentados con las crisis propias de la vejez, como la viudez y la jubilación.

Factores subsiguientes

Apoyo social o aislamiento. La presencia de los "confidentes" permite mejorar la moral de las personas en duelo, de la misma manera que el sentimiento de ser apoyado y de participar en la vida social aumenta también la capacidad de asumir la pérdida experimentada. Las personas de edad que se interesan por su trabajo y por su tiempo libre menos que los jóvenes, sufren probablemente más. Parecen también tener menos amigos puesto que algunos han muerto o se han alejado. Sufren además enfermedades que hacen difícil su participación en las actividades sociales. Los viudos y las viudas pueden experimentar la impresión de "estar de más" cuando sus amistades tienen aún cónyuges. Finalmente los ancianos sólo disponen de escasos modelos de papeles positivos.

"Stress" secundario. La enfermedad, la pobreza, así como los peligros que presenta la vida en un barrio en donde es elevada la tasa de delincuencia, pueden sumarse a la carga de los ancianos que se hallan en duelo. El número de quienes padecen dificultades de este orden es, en efecto, estadísticamente más elevado que el de los más jóvenes, de suerte que, a la pérdida de la persona amada, viene a añadirse la desgracia de vivir en una situación desagradable e inaceptable.

Salidas y perspectivas. Los jóvenes pueden interesarse por su trabajo o por la educación de sus hijos, mientras que el anciano se halla quizá incapacitado para encontrar un empleo, en razón de la discriminación hacia los trabajadores mayores y hacia las mujeres que tratan de reanudar su vida laboral una vez que han criado a sus hijos. Mientras que los más jóvenes se encuentran generalmente absortos en su doble papel de padre y madre, las

personas de edad corren el riesgo del tedio. Sin embargo, tienen la ventaja de hallar nuevos intereses, como la participación en la vida política; disponen también de tiempo para acometer unos estudios, y numerosas escuelas les brindan programas especiales. Nunca se estimulará bastante el incremento de las ocasiones de desarrollo personal que se ofrecen, no sólo a los ancianos, sino a la sociedad en general.

Expresión del dolor

El dolor se manifiesta por los sollozos y la depresión pero, las personas afligidas pueden también presentar síntomas parecidos a los de la enfermedad. CLAYTON, HALIKES y MAURICE (1971) han comprobado que las lágrimas y la depresión son los síntomas más frecuentes entre las viudas. La figura VIII-2 indica que ciertos síntomas ligados al dolor son somáticos más que simplemente emotivos. Según la hipótesis de HOLMES y RAHE (1967), las personas en duelo presentan simultáneamente síntomas físicos y emotivos. De hecho no es rara su muerte prematura. La figura VIII-3 permite comprobar que la tasa de mortalidad aumenta de forma patente entre 6 meses y un año después de la muerte del cónyuge, y sólo comienza a declinar al término de 4 años.

El resumen de los estudios efectuados por PARKES (1972) corrobora los resultados obtenidos por CLAYTON respecto a las características tanto físicas como emotivas del dolor. Estos estudios, efectuados en culturas diferentes y sobre muestras de distinto tipo, presentan resultados análogos.

Uno de los estudios más interesantes relativos a la concomitancia física y emotiva del duelo fue el efectuado por PARKES y BROWN (1972). En este estudio mostraron que el número de los síntomas físicos agudos aumenta sensiblemente en los viudos, pero no en las viudas, mientras que el de los síntomas crónicos no experimenta cambios. Sólo aumentan en número determinados síntomas como la depresión, el nerviosismo y los estrechamente ligados a la depresión como el insomnio y la pérdida del apetito. Un análisis más detenido mostró que el único diagnóstico asociado al duelo era "la depresión reactiva".

Ayuda a las personas en duelo

En las páginas precedentes hemos enumerado los problemas de la persona afligida y hablado de su sentimiento de impoten-

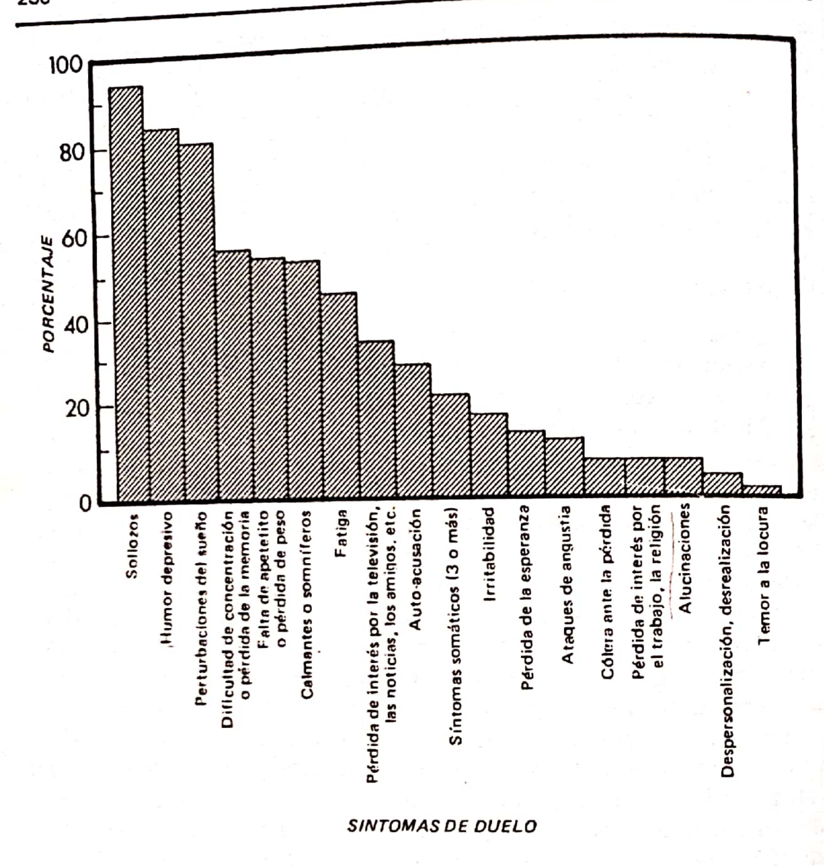


Figura VIII-2: Porcentaje de personas con síntomas de duelo entre las que fueron seleccionadas al azar en una población de viudos y de viudas recientes (N = 109). (Según CLAYTON, HALIKES y MAURICE, 1971.)

cia y de desorientación. Pero quienes deseen acudir en su ayuda pueden sentirse tan impotentes y desorientados, preguntándose: "¿Es preciso invitarla o dejarla sola? ¿Y cuánto tiempo debe durar su aislamiento?" Estas preguntas se suscitan en cuanto se trata de ayudar a una madre o a otra persona amada que está sumida en el duelo. No es fácil hallar respuesta a estas preguntas, pero una visión de las investigaciones efectuadas en este terreno proporciona algunos elementos de información y pone al descubierto las cuestiones que requieren ser investigadas.

Las estructuras de apoyo de que dispone una agrupación social se dividen en dos categorías y comprenden las estructu-

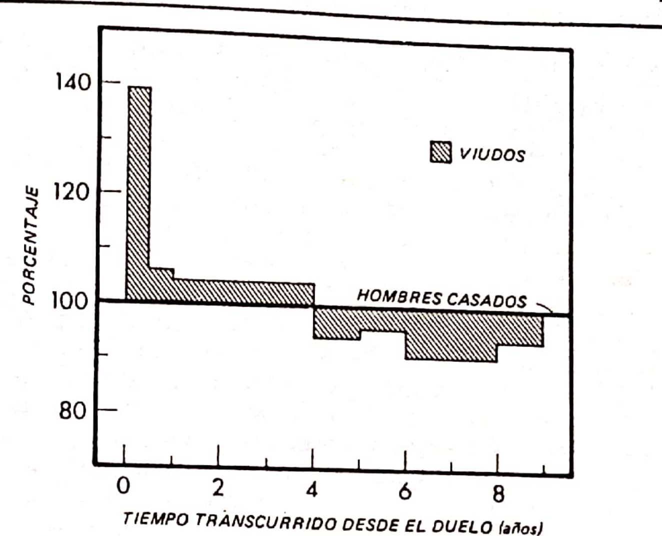


Figura VIII-3. Tasa de mortalidad de los viudos de más de 54 años, expresada en porcentaje de la tasa de mortalidad de los hombres casados de la misma edad. (Según PARKES, 1972).

ras familiares y las sociales. Las primeras se hallan formadas por los parientes y amigos así como por miembros de grupos recreativos, religiosos o de otro género. Las segundas están constituidas, de un lado, por personas que han recibido una formación de apoyo sin haber hecho de ésta su profesión, y de otro por profesionales como psicólogos, sacerdotes y asistentes sociales.

Intervención familiar. Generalmente durante el período inmediato al entierro, la persona que acaba de perder a su marido o a su mujer necesita soledad, pero al cabo de un cierto tiempo deseará tomar parte de nuevo en las actividades de tipo social. En ocasiones, la viuda precisa ser "amablemente" empujada por sus parientes y amigos porque puede dudar en participar en actividades que le parecen prematuras o inapropiadas. Al cabo de un cierto tiempo, conviene estimularla. Probablemente la viuda anciana es incapaz de conducir un coche: en consecuencia, debe poder contar con las personas de su entorno, amigos y conocidos, para que hagan el favor de trasladarla cuando lo necesite.

Las distancias, resultado de la movilidad de nuestra socie-

dad, dificultan el funcionamiento de las estructuras familiares de apoyo. Con frecuencia, los miembros de una misma familia viven en diferentes partes del país. Una viuda tiene a menudo que elegir entre ir a vivir con uno de sus hijos o permanecer cerca de sus amigos, lo que le obliga a tomar decisiones de las que no se siente capaz en los primeros tiempos de su viudez. Generalmente, el apoyo se presenta bajo una forma familiar. ¿Cuáles son las grandes reglas que es preciso seguir? La primera consiste en asegurarse de que la relación tenga una cierta permanencia, para que no constituya una nueva ocasión de pérdida para la persona ya en duelo. Puede que sea necesario tomar la iniciativa con objeto de asegurar el mantenimiento de la relación e insistir un poco. Conviene también ayudar a la persona a integrarse en una estructura de relaciones sociales, es decir, invitarla y estimular a sus amigos a que hagan otro tanto. Desde luego es importante hablar, pero lo es más escuchar. Resulta conveniente establecer contacto con los demás miembros de la familia, al igual que con los amigos, y animar a éstos a que desempeñen su papel. Es preciso no alarmarse si las atenciones y los cuidados parecen dar lugar a manifestaciones de dolor, pues la persona afligida experimenta alivio cuando puede compartir su pena. Finalmente, si aparecen signos de abatimiento no hay por qué temer solicitar la ayuda y el apoyo de un miembro del clero o de un profesional de la salud mental pero, desde luego, sin intervenir con demasiada insistencia. En efecto, más vale estimular a la persona afectada a que pida ella misma la ayuda que necesita.

Intervención oficial. Resulta cada vez más corriente ver que viudos y viudas se unen para formar grupos no profesionales de ayuda mutua. Un ejemplo al respecto es el *"Widow-to-Widow-Program"*, establecido por Phyllis SILVERMAN tras una investigación subvencionada. Buscaba efectivamente averiguar cuáles son las fuentes de ayuda más aceptables para viudos y viudas. Pero los jóvenes y las personas a las que se considera incapaces de comprender corren el riesgo de ser rechazados; los asistentes sociales, los psicólogos y los psiquíatras pueden caer fácilmente en esta categoría. Los ancianos se imaginan realmente que los cuidados dispensados por los profesionales de la salud mental sólo se dirigen a los "enfermos" o a los "seres débiles". SILVERMAN, MACKENZIE, PETTIPAS y WILSON (1974) comprobaron que su programa constituía un medio eficaz de ayuda a las personas en duelo.

Según los informes de quienes participaron en el *"Widow-to-Widow-Program"*, una de las acciones más importantes que puede efectuar una viuda para acudir en ayuda de otra consiste en escucharla. La atención eficaz presenta ciertas características. He aquí los consejos que proporcionan los miembros del grupo:

- No haga declaraciones alegres o demasiado estimulantes.
- Hable de lo que le ha resultado útil en su caso y deje que reflexione la persona cuyo duelo es reciente.
- Recuerde que usted no es diferente de las demás viudas a las que trata de ayudar y que, en consecuencia, se halla bien situada para comprenderlas y compartir con ellas los frutos de su propia experiencia.
- Antes de hablar de su experiencia personal, trate de recordar el sentimiento de impotencia que usted experimentaba en la época de su duelo y de los medios que adoptó para superarlo.
- Recuerde que cada uno tiene su manera de sufrir y de manifestar su dolor.
- Empiece por abordar tan sólo a las personas a las que verdaderamente crea que puede ayudar.
- Determine la duración de las visitas en función de lo que suceda.
- Evite las visitas los días en que usted no se sienta bastante fuerte. El contacto prolongado con quien acaba de perder a su marido puede exigir un gasto emotivo excesivo. Si es necesario, concédase unos días de reposo.
- No trate de abandonar su calidad de aficionada; no intente hacerse profesional.
- La ayuda que una viuda puede aportar a otra es eficaz, a condición de que sea sencilla; una persona charla con otra y nada más.

SILVERMAN y sus colaboradores (1974) han descrito otros grupos cuya misión consiste en acudir en ayuda de las viudas, especialmente el grupo THEOS *(The Help Each Other Spiritually)*, de orientación religiosa y protestante; la *"Post-Cana Conference of the Catholic Archdiocese of Washington DC"* y *"Parents Without Partners"*, que se ocupa también de los viudos y viudas, aunque este grupo esté más bien destinado a ayudar a los padres divorciados.

Las organizaciones nacionales como la THEOS tienen la ventaja de contar con un número suficiente de miembros para preparar material escrito y ofrecer un servicio de apoyo bien desarrollado. Pero los grupos más eficaces son probablemente los locales, formados por una iglesia o una organización comunitaria, con objeto de brindar diversas formas de ayuda a las personas interesadas. Cuenta, por lo general, con el apoyo de los centros de salud mental y de los profesionales privados que están dispuestos a colaborar en la formación de personal de carácter voluntario y gratuito. A menudo son estos grupos los mejores situados para detectar los indicios previos de trastornos importantes y aconsejar que se recurra a los servicios de un

profesional de la salud mental. La formación del personal de carácter voluntario y gratuito deberá comportar, pues, una iniciación en la identificación de los síntomas que señalan un trastorno más o menos crónico a fin de orientar a la persona enferma, si llega el caso, hacia un profesional competente.

Los profesionales a los que seguramente se recurrirá son los sacerdotes y los médicos. En la mayoría de los casos, la formación que han recibido les permite ayudar a las personas en duelo. Sin embargo, algunos pueden sentirse disminuidos en la realización de esta función; no tienen, a veces, ni el tiempo ni el interés requeridos para ocuparse de los casos graves. Como por lo demás, sucede en ocasiones que los ancianos rechazan los cuidados de los profesionales de la salud mental como consecuencia de su condicionamiento social, si se pretende ayudar a los viudos y a las viudas, importa que los médicos y los sacerdotes aprendan a reconocer los síntomas del duelo, así como a aconsejar a las personas que se dirigen a ellos en su abatimiento moral.

Teniendo en cuenta que la población envejece, que irá aumentando el número de viudas y que se prolonga el período de la viudez, los gobiernos deberían otorgar una considerable prioridad a la investigación y a la formación en este campo.

APENDICE

LOS PLANES DE INVESTIGACION Y LA GERONTOLOGIA

El presente capítulo se refiere a la forma de estudiar el desarrollo humano. Es difícil obtener una descripciones válidas de los acontecimientos que marcan los años centrales así como los últimos de la vida, porque las informaciones recogidas deben ser precisas y numerosas. Hay diferentes medios de lograrlo y éstos son los planes de investigación. Tales planes constituyen lo esencial de este capítulo que se refiere también a las dificultades que presentan la interpretación y la generalización de los resultados de la investigación. En suma, planteamos la cuestión de saber lo que significan exactamente los descubrimientos y hasta qué punto pueden ser generalizados.

La investigación bien realizada comprende cinco elementos principales: 1) una pregunta no desprovista de sentido, que exige una respuesta; 2) un método de recogida de datos pertinentes; 3) una muestra apropiada; 4) instrumentos de análisis aplicables a los datos y 5) interpretación razonable de los resultados de la investigación. El método, la muestra y los instrumentos de análisis constituyen lo que se llama el plan o diseño de investigación. Pero toda investigación suscita, sin embargo, otras cuestiones, algunas de las cuales interesan más especialmente a los estudios sobre el envejecimiento. En este capítulo examinaremos los obstáculos propios de la investigación sobre el desarrollo, así como la amplitud que éstos pueden adquirir cuando se trata de estudiar unas poblaciones adultas o ancianas.

Todo resultado de una investigación es comparable a una instantánea. Esta puede haber sido realizada en el momento preciso, ser fiel, característica o no serlo. Cuando se toman dos instantáneas, una detrás de otra, existe el riesgo de que parezcan semejantes cosas que, sin embargo, se hallan en evolución, incluso rápida. Por el contrario, ciertas cosas van demasiado aprisa para la cámara de modo que es imposible obtener dos imágenes idénticas, por ejemplo, de un atleta que ejecuta un salto de altura. En cambio ciertos objetos, como las montañas, cambian tan lentamente que es imposible obtener dos fotos diferentes en el curso de la vida del fotógrafo.

Sucede así con la investigación sobre el envejecimiento. Nuestros resultados sólo son aplicables dentro de ciertos límites. Algunos datos evolucionan con tanta rapidez, al igual que el atleta, que no es posible dar a conocer los resultados con tiempo suficiente para que sean útiles. Los sondeos de opinión empleados por los políticos experimentaron estas dificultades antes del advenimiento de las comunicaciones modernas. De hecho, ¿acaso no resulta anticuado un censo de población cuando se publica, porque las personas nacen y mueren en el momento mismo en que los agentes que censan formulan sus preguntas?

Ciertas generalizaciones parecen válidas durante un espacio de tiempo muy largo, porque suponemos que las variables subyacentes apenas están sujetas a cambios. Este sería el caso del envejecimiento físico mucho más que el del envejecimiento social, pues es evidente que nos parecemos más a nuestros abuelos física que socialmente.

Como todo evoluciona sin cesar, las mediciones, es decir los resultados de la investigación, deben evolucionar a poco que comporten una determinada precisión. Los resultados de la investigación sobre el desarrollo que se remontan a 10 años atrás tienen hoy, pues, poco valor, salvo el de servir de jalones en el seno de una serie de datos que permiten comparar los cambios debidos al tiempo. Los mismos "hechos" se encuentran sometidos a la evolución.

En las investigaciones sobre el desarrollo, raros son los hechos que no se prestan a controversia y que no exigen ser puestos perpetuamente en tela de juicio. Se cuenta que el llorado investigador y teórico del desarrollo, Heinz Werner, advirtió un día a sus alumnos que todo lo que les enseñaba estaría pronto anticuado. Un estudiante empezó a protestar, preguntándole por qué tenía que perder el tiempo estudiando cosas que pronto quedarían superadas. Werner replicó que deseaba precisamente que sus trabajos quedasen atrasados, porque esto indicaría que existía un interés por sus hallazgos y que se continuaría investigando para saber cada vez más.

La investigación sobre el desarrollo y envejecimiento de los adultos evoluciona con más rapidez que en muchos otros campos, hasta el punto de que cuanto se "sabía" hace 15 años ya no es "cierto" hoy. Dicho estado de cosas se explica por el perfeccionamiento creciente de los métodos de investigación. En este capítulo deseamos señalar algunos de los puntos fuertes y débiles de las diversas técnicas en uso, a fin de proporcionar al estudiante los medios de apreciar en su justo valor cada determinado estudio y de juzgar si las respuestas aportadas a las preguntas planteadas resultan razonables. Queremos también sensibilizarle a la dignidad de los planes o presupuestos de investigación, por un lado, y de otro, ponerle en guardia contra una multitud de dificultades siempre presentes. Pero no pretendemos que algunas páginas vayan a convertirle en un investigador ni que constituyan un estudio metodológico exhaustivo. Nuestro objetivo se limita, en efecto, a estimular el interés por la investigación y el estudio.

Relaciones de la investigación con la teoría

Los descubrimientos de los investigadores están determinados, en una amplia medida, por lo que buscan y lo que están dispuestos a observar. Toda investigación está intrínsecamente orientada por las perspectivas teóricas de quien la realiza. Los investigadores son personas que conocen bien una cierta manera de abordar una cuestión y que, a menudo, cuentan al principio con una *hipótesis* o una idea general de lo que van a descubrir. Sucede, a veces, que los investigadores "observan" y dan cuenta de los resultados que coinciden con sus hipótesis de partida, mientras que desdeñan los datos que no parecen coincidir con sus perspectivas teóricas.

En razón de la complejidad inherente a la investigación, el hecho de no descubrir lo que se preveía puede ser imputable a la intromisión de factores extraños (o de errores), más que a la descripción del objeto de estudio. Los investigadores cuidan, por lo común, de detectar las causas de interferencia antes de rechazar sus hipótesis originales. Algunos psicólogos de orien-

tación conductista, que se han mostrado especialmente severos en sus críticas sobre la comprobación de las hipótesis, adelantan que los investigadores que las formulan desarrollan con frecuencia una "miopía de las hipótesis" (BACHRACH, 1965, p. 21-22*), lo que les hace perder de vista determinados datos importantes cuando éstos no coinciden con sus preocupaciones inmediatas.

Algunos estudios abarcan un vasto campo, como "la descripción de los fenómenos que rodean a la menopausia", mientras que otros se limitan a cuestiones específicas como "los efectos del consumo de pequeñas dosis de alcohol en la duración del sueño profundo (estadio IV) en las personas de más de 80 años".

La diversidad de las ópticas teóricas puede influir en la interpretación de un mismo fenómeno. Así, un investigador de orientación psicoanalítica observará, por ejemplo, los efectos de la jubilación en función de los mecanismos de adaptación del Yo, mientras que un conductista verá en la jubilación la pérdida de los reforzamientos positivos que hallan su fuente en el trabajo; a su vez, la psicología social se aferrará al estudio de los cambios importantes sobrevenidos en los modos de comunicación entre el sujeto y sus relaciones; finalmente la antropología cultural considerará la jubilación como la expresión de una norma cultural que hace aparecer como inevitables ciertos estados. Respecto a la persona jubilada (a la que es preciso no olvidar) podrá felicitarse de verse por fin libre para emplear su tiempo como le parezca, o desesperarse ante la disminución de ingresos que le aguarda.

Algunos investigadores creen firmemente que sus datos y sus interpretaciones son los únicos "válidos". Esta fuerza de convicción puede resultar sana, en el sentido de que invariablemente suscita una oposición activa y sirve de trampolín a unos estudios cada vez más perfeccionados.

KUHN (1962) ha descrito este fenómeno de alternancia entre la adhesión y la oposición. Distingue aquí tres etapas sucesivas del desarrollo de los conocimientos científicos. Durante la primera etapa, se asiste al nacimiento de las escuelas de pensamiento. La historia de la Psicología nos enseña que el comienzo de nuestro siglo estuvo caracterizado por la aparición de diversas escuelas de psicología, en especial: el estructuralismo, el

* Traducción española: *Cómo Investigar en Psicología* (3ª ed.), Madrid, Morata, 1982. *(N. del R.)*

funcionalismo, el psicoanálisis y la *Gestalt*, por sólo citar algunas. Durante la segunda etapa, una determinada escuela alcanza una posición dominante. Finalmente, en la tercera, unos "hechos", harto numerosos para ser ignorados, hacen poner en tela de juicio el punto de vista dominante, hasta el grado en que un método nuevo o un punto de vista más general vienen a reemplazar al antiguo.

La formación y las convicciones del investigador pueden además hacerle descubrir un determinado método, como la aplicación a los seres humanos de la observación sobre el terreno, o la de la experimentación biológica en laboratorio a los animales. Ciertos investigadores creen que la recogida de datos de un cierto tipo constituye el *único* método válido. Los biólogos dirán, por ejemplo, que sus investigaciones describen, mejor que cualquier otra, lo que sucede en el cerebro que envejece; por su parte, los químicos replicarán que sólo los cambios químicos brindan la clave del misterio; un electrofisiólogo señalará, por el contrario, la importancia de los cambios en la actividad eléctrica cerebral, mientras que un psicólogo examinará las principales modificaciones del pensamiento y del razonamiento; el sociólogo, por su parte, hablará de la incidencia de las situaciones sociales en el funcionamiento de los organismos, mientras que un dietético dará cuenta de la incidencia de un régimen alimenticio sano en el funcionamiento del cerebro, en tanto que un patólogo estudiará la evolución, con la edad, de la estructura cerebral. Desde luego, el cerebro sufre modificaciones de todo orden a medida que envejece y cada disciplina posee sus méritos, pero ninguna podría, por sí sola, explicar el fenómeno. Todos los cambios observados sobrevienen simultáneamente y cada tipo de investigación proporciona unas informaciones útiles. Una explicación biológica, por ejemplo, sólo aporta escasos índices sobre la evolución de los procesos psicológicos. Los neurólogos se sorprenden a menudo ante el elevadísimo nivel de funcionamiento de un enfermo que presenta lesiones cerebrales comprobadas. Los psicólogos se sorprenden de manera semejante al leer el informe del neurólogo que revela unos daños mucho más o mucho menos amplios de lo que estimaban a través de la observación del enfermo. De hecho, no cabe verdaderamente decir que una descripción biológica sea "mejor", es decir más instructiva que una descripción antropológica, sociológica, psicológica o química. Cada disciplina proporciona unas observaciones surgidas de

una perspectiva distinta, pero la comprensión global sólo es posible cuando se tienen en cuenta numerosos puntos de vista diferentes.

Individuos y medias

En razón de las notables diferencias individuales que caracterizan a la naturaleza y a la variedad de las experiencias de cada uno, el carácter global de una tendencia general, obtenido estableciendo la media de todos los sujetos, puede que no se aplique a ciertos individuos comprendidos en el grupo. Y, sin embargo, los datos se presentan casi siempre bajo la forma de medias, por la buena razón de que una media proporciona una descripción conveniente de los hechos considerados en su conjunto. Por ejemplo, sabemos que generalmente hace más calor en Miami que en Montreal; puede que suceda lo contrario, pero eso no quiere decir que la media resulte falsa e inútil.

Las experiencias de los ricos contrastan considerablemente con las de los pobres. Tal vez, las personas casadas lleguen a la madurez y a la vejez de distinta manera que las solteras. El matrimonio no produce el mismo efecto en todas las parejas. La familia y los amigos, la existencia o la ausencia de una estructura de apoyo, el momento en que se producen los acontecimientos destacados de la vida, son otros tantos factores susceptibles de influir en el envejecimiento psicológico, ayudando o perjudicando al desarrollo durante la madurez y la vejez por su incidencia sobre el comportamiento, las actitudes, las creencias y la personalidad.

Es posible que quienes pierden a parientes y amigos en edad temprana tengan sentimientos y comportamientos diferentes de los que viven rodeados de sus íntimos hasta una edad avanzada. La presencia o la ausencia de los signos del envejecimiento físico (arrugas, calvicie) y los achaques (sordera, ceguera, parálisis) pueden influir en la imagen de uno mismo y hacer que *se sienta* viejo o joven, así como también incidir en las reacciones de quienes le rodean.

Las medidas establecidas a partir de muestras amplias, no pueden dar cuenta del ciclo evolutivo del individuo. La mayor parte de los estudios son "nomotéticos", es decir, que describen lo que en general sucede a las personas, y no resulta realista pensar que un determinado individuo se ajustará precisamente al cuadro evolutivo previsto por las medias de grupo

porque éstas mitigan las irregularidades que caracterizan al desarrollo individual.

Consideremos, por ejemplo, los resultados del examen de un grupo de alumnos, presentado en la Tabla A-1.

Tabla A-1. *Ejemplo de medias*

Nombre del estudiante	Notas en los exámenes #1	#2	#3	#4	#5	Media: Nota final del curso
Luc	C(2)	C(2)	C(2)	C(2)	C(2)	C(2)
Chantal	F(0)	D(1)	C(2)	B(3)	A(4)	C(2)
Jacques	A(4)	A(4)	C(2)	F(0)	F(0)	C(2)
Ginette	F(0)	F(0)	C(2)	A(4)	A(4)	C(2)
Medias	1,5	1,75	2,0	2,25	2,5	2,0

Todos han obtenido la nota final C, basada en la media de los resultados individuales. Sin embargo las *variaciones* difieren en cada caso: Luc sólo ha obtenido C; Chantal y Ginette han mejorado considerablemente, mientras que las notas de Jacques han empeorado de manera apreciable. La media de la clase enmascara, sin embargo, estas variaciones individuales. Observemos también que las notas de cada examen suelen elevarse, a medida que avanza el semestre. Sin embargo en esta clase sólo el 50% de los alumnos (2 de 4) han visto aumentar sus notas, pero ninguno ha seguido exactamente la curva que une los puntos de las medias. Sería, pues, injusto utilizar tan sólo las medias de clase para describir los resultados obtenidos. Este ejemplo ilustra muy bien la importancia de considerar, tanto todas las variaciones individuales como las medias de grupo.

Los planes o presupuestos de investigación

Cuando se trata de comprender un fenómeno cualquiera, se empieza por recoger informaciones —los datos— siguiendo un método autorizado. Se denomina plan o presupuesto de investigación al conjunto de los procedimientos empleados. Estos varían de forma considerable, desde la simple reunión de datos relativamente poco complicados, hasta los proyectos más

elaborados en los que se prevé la recogida de datos por intervalos distribuidos a lo largo de un espacio de tiempo bastante largo. En las páginas siguientes se hallará la descripción de los planes de investigación frecuentemente utilizados en los estudios sobre la vejez.

Estudios transversales. En relación con el desarrollo del adulto y el envejecimiento, las cuestiones estudiadas con mayor frecuencia son diferenciales, es decir, que se refieren a la diferencia entre los diversos estadios de la vida o bien a la evolución que acompaña al desarrollo del sujeto con la edad. La mayor parte de los estudios relativos a las diferencias de edad emplean el método de los cortes transversales, mediante el cual el investigador recoge simplemente sus datos de una muestra de sujetos de distinta edad. Cabe después presentar estos datos bajo la forma de un cuadro o de un gráfico que permita apreciar las semejanzas y las divergencias debidas a la edad, en función de la variable tratada. Según los datos de un estudio que utilice el método transversal, las personas de edad son más bajas, como promedio, que las jóvenes, salvo antes de los 20 años, período para el cual la talla y la edad están en una relación directamente proporcional. ¿Permite este estudio transversal llegar a la conclusión de que en la segunda mitad de su vida, las personas reducen su talla al envejecer?

Antes de responder a esta pregunta consideremos el estudio de otra variable que suscita problemas análogos de interpretación. El gerontólogo Robert Kastenbaum pudo observar unas interesantes diferencias entre las personas de edad y los jóvenes del barrio en donde trabajaba. En efecto, los jóvenes en su mayoría sólo hablaban inglés, mientras que los ancianos se expresaban, invariablemente, en italiano. Cuanto más jóvenes eran los sujetos, más probable resultaba que el inglés fuera su lengua dominante. ¿Cabe llegar a la conclusión, habida cuenta de estos datos, de que al envejecer las personas tienden a hablar el italiano más que el inglés? La respuesta es evidentemente negativa y estos dos ejemplos muestran que es preciso abstenerse de deducir que una diferencia apreciada entre dos grupos de distinta edad se halla ligada únicamente a ésta, puesto que puede depender de una tercera variable que no haya sido aún estudiada.

El problema ilustrado por este ejemplo suscita una cuestión fundamental en la evaluación de los estudios transversales. En efecto, en este género de estudio en donde las mediciones de sujetos de diferente edad son realizadas en un determinado momento en el tiempo, nunca es posible saber de manera cierta si los rasgos medidos revelan una evolución debida a la edad o a la diferencia de edad, la cual se halla en función de la fecha de nacimiento, dicho de otra manera, de la generación a la que pertenecen los sujetos. En un estudio transversal las personas de 90 años nacieron y se criaron 50 años antes que las de 40. En términos técnicos cabe decir que *en un plan o presupuesto de investigación la edad se confunde con la cohorte, es decir, con el efecto de la fecha de nacimiento,* lo que significa que, para observar a unas personas cuya edad varía, el investigador debe examinar a sujetos *nacidos en épocas diferentes* y que, en consecuencia, crecieron y envejecieron en el seno de distintas generaciones que constituyen cohortes diversas. Resultan confundidas las dos fuentes de variación y no cabe afirmar que sea una, la otra o quizá las dos, el origen de la diferencia observada. Con objeto de saber si la diferencia apreciada es imputable al hecho de haber alcanzado una determinada edad o bien al de pertenecer a una determinada cohorte, es necesario efectuar unas investigaciones más detalladas, empleando otros métodos, o bien tener unos motivos muy plausibles para considerar a la edad y no a la cohorte como susceptible de influencia sobre la variable.

Probablemente el lector habrá deducido del ejemplo de las lenguas habladas por los sujetos de Kastenbaum que los ancianos eran inmigrantes mientras que los jóvenes habían nacido en el país, lo que explicaría la diferencia idiomática. Sin embargo son posibles otras dos explicaciones. Cabe, en efecto, que los sujetos de edad vivan en un barrio en donde los miembros de la misma cohorte (las personas de la misma edad) no sepan muy bien el inglés, de modo que los sujetos estudiados sigan hablando el italiano, incluso aunque ellos mismos conozcan el inglés. Se imagina fácilmente que puede producirse una situación semejante en una residencia para jubilados italianos. Otra explicación posible sería que los ancianos padecen demencia senil y que han "regresado" hasta su lengua materna, habiendo "olvidado" el inglés, lengua adquirida más tardíamente. En realidad, cabría invocar muchas otras razones para explicar el hecho observado en el ejemplo en cuestión, lo mismo que sucedería con cualquier diferencia apreciada en un estudio transversal.

Pero teniendo en cuenta lo que sabemos respecto de la inmigración en América del Norte, es razonable llegar a la conclusión de que el hecho de saber italiano se halla en función de la diferencia entre las generaciones o cohortes que nacieron y crecieron en ambientes diferentes, más que de un fenómeno inherente al envejecimiento. En el ejemplo de las tallas, por el contrario, la cuestión parece menos clara y cabe preguntarse si la estatura disminuye con la edad a consecuencia de unos cambios fisiológicos debidos al envejecimiento o si los datos reflejan una diferencia entre las cohortes. En efecto, puede pensarse que los ancianos, nacidos hace 70 u 80 años, tuvieron un régimen alimenticio diferente al de la generación actual y que este hecho ha podido ejercer alguna influencia sobre su estatura. Cabe, además, que la evolución genética actúe de modo que las personas nacidas más recientemente alcancen una talla más elevada que la de las generaciones precedentes. Tal vez incluso se modifique al envejecer la estructura ósea, de forma que disminuya la estatura con la edad. De hecho, en el caso presente, las investigaciones posteriores autorizan a creer que las diferencias de talla observadas entre los jóvenes y los viejos se explican por estos tres factores a la vez.

Estudios longitudinales. Un segundo método, denominado longitudinal, consiste en recoger los datos por intervalos, pero de los mismos sujetos. Las investigaciones de este género presentan ciertas dificultades, en razón del hecho de que sea necesario conservar a los mismos sujetos durante toda la duración del estudio y reunir varias series de datos. Además, generalmente, el investigador debe aguardar varios años, es decir hasta el final del estudio, antes de conocer los resultados. Se necesitan, en efecto, 40 años de investigación para observar los cambios que sobrevienen entre la edad de 40 y la de 80 años. Sin embargo, la utilización del método longitudinal se justifica por la aportación de informaciones suplementarias que proporcionan importantes elementos de respuesta a las cuestiones suscitadas por el envejecimiento.

El estudio longitudinal de los cambios de talla en relación con el envejecimiento supone que se medirá la estatura de los mismos sujetos durante un cierto número de años. En este caso, no existe el riesgo de que se confundan las cohortes, pues todos los sujetos tienen la misma edad al comienzo de la investigación y pertenecen, en razón de este hecho, a la misma co-

horte. La cohorte constituye, pues, una "constante", es decir un factor que permanece invariable a lo largo de todo el estudio.

Si se realizan dos estudios sobre la talla, transversal uno y longitudinal el otro, se analizará el mismo fenómeno, pero serán diferentes las eventuales fuentes de error. En el estudio longitudinal sólo se examinará la evolución, sin hacer intervenir la diferencia entre las cohortes, mientras que en el estudio transversal se hallarán unas diferencias basadas, en parte, en el desarrollo y en parte en la pertenencia a la cohorte. Advirtamos que una ligera diferencia en una investigación longitudinal puede ser más importante que una enorme variación en una investigación transversal.

¿Significa esto que la investigación longitudinal constituye el método ideal para estudiar todos los aspectos del envejecimiento? Antes de responder a esta pregunta, consideremos otro ejemplo, el de los datos de un hipotético estudio longitudinal sobre el excepticismo de los particulares respecto de la integridad de los organismos gubernamentales en los Estados Unidos. Supongamos que las preguntas formuladas se refieren a puntos controvertidos como los siguientes: "¿Oculta informaciones al público el Presidente de los Estados Unidos? ¿Emplea el FBI medios ilícitos para obtener informaciones acerca de ciertos individuos? ¿Son capaces los funcionarios de burlar las leyes, con objeto de progresar en su carrera?" Supongamos ahora, en beneficio del ejemplo, que se advierten cambios en el grado de escepticismo entre las edades de 50 y 70 años y que éste aumenta con la edad. ¿A qué conclusión cabe llegar?

Nuestro hipotético estudio se inicia en 1955, en el momento en que todos los sujetos tienen 50 años y concluye 20 años más tarde, en 1975, cuando tienen 70 años. Si, durante ese tiempo, han envejecido y madurado indudablemente los sujetos, el mundo también ha evolucionado, y un acontecimiento, el escándalo de Watergate en los Estados Unidos, ha sido capaz, por su naturaleza, de aumentar el escepticismo, no sólo de las personas de edad, sino de toda la población. Este ejemplo pone de relieve las dificultades inherentes a todo estudio longitudinal. En efecto, si en este tipo de método la fecha de nacimiento no puede ser una fuente de error porque los participantes han nacido en el mismo año (la fecha de nacimiento es constante y no afecta en manera alguna a las diferencias observadas), la edad por el contrario *coincide* con el año de las mediciones. Cada vez que un sujeto es sometido a un nuevo exa-

men ha envejecido, desde luego, pero también la Historia ha evolucionado y es imposible distinguir los cambios imputables a la edad de los que están ligados a los acontecimientos mundiales sobrevenidos en el curso del estudio.

Estudios retrogresivos. Aunque rara vez sea utilizado, el tercer método consiste en estudiar a unos sujetos que tienen la misma edad pero en épocas diferentes, de ahí el nombre de estudios retrogresivos atribuido a unas investigaciones referidas a muestras escalonadas en el tiempo (en inglés, *time lag design*). La edad es entonces la constante, mientras que varían el momento de la recogida de datos y las cohortes estudiadas.

Tomemos, como ejemplo, el estudio del estado de salud de las personas de 65 años en 1930 y en 1980, por consiguiente antes y después de la implantación de la seguridad social. No tratamos de conocer el efecto del tiempo, sino más bien el de los acontecimientos (la legislación en cuestión) sobrevenidos durante un determinado espacio de tiempo. De la misma manera cabría comparar las actitudes de los que concluyeron sus estudios en 1920 y de quienes han acabado este año.

Los estudios de este género presentan un inconveniente. Como no es posible retornar al pasado, hay que fiarse de las observaciones de los predecesores, que escapan al control del experimentador. Las comparaciones que se pueden efectuar están limitadas por la naturaleza y la calidad de los datos de que se dispone.

Comparación de los tres planes de investigación. Resumiendo, los planes transversales, longitudinales y retrogresivos de investigación, se oponen de la siguiente manera:

> *En la investigación transversal, la edad se confunde con la cohorte y el año de la obtención de datos permanece constante.*
>
> *En la investigación longitudinal la edad se confunde con el año de la obtención de datos y la cohorte permanece constante.*
>
> *En la investigación retrogresiva, el año de la obtención de datos se confunde con la cohorte y la edad permanece constante.*

¿Cuál es, pues, el mejor plan de investigación? La respuesta a esta pregunta depende de la naturaleza del objeto de estudio. Si hay razones para creer que la diferencia entre las cohortes influye de manera significativa en los resultados, pero que el año de la recogida de los datos no constituye un factor importante, el más apropiado es el estudio longitudinal. Si, por el contrario, el año de la recogida de datos parece sin embargo que tiene que influir en los resultados, entonces, en ciertos casos, el estudio transversal puede ser el más indicado. Finalmente, si se desea comparar a sujetos que hayan vivido épocas diferentes, podría convenir un estudio retrogresivo. Sin embargo, si se pretende descubrir el efecto de los factores de la edad, del tiempo y de la cohorte, se impone el recurso a métodos más complejos.

En efecto, ni los estudios transversales ni los longitudinales bastan para dar cuenta de la acción específica de la edad, de la cohorte y del tiempo. Varios planes de investigación recientemente elaborados permiten analizar, por separado, el efecto de cada una de estas variables; son éstos los "planes secuenciales", que reunen en el mismo estudio, ciertos elementos propios de las investigaciones transversales, longitudinales y retrogresivas. Estos nuevos planes de investigación sólo se aplican desde hace 20 años, pero ya han modificado muchos "hechos".

Los planes secuenciales. Los planes secuenciales de investigación combinan los métodos transversal, longitudinal y retrogresivo, de manera que, en el curso de un mismo estudio, permiten analizar el efecto proporcional de los tres factores de la edad, de la cohorte y del momento de la recogida de datos. La figura A-1 va a servirnos para ilustrar tres planes secuenciales. Este cuadro representa, a intervalos de diez años, los datos recogidos en 1980, 1990, 2000 y 2010 en unas cohortes desde 1900 al año 2000. Con objeto de facilitar el análisis, las casillas han sido identificadas con ayuda de letras. Cada fila (horizontal) representa una dimensión longitudinal y cada columna (vertical) un corte transversal mientras que las diagonales, por ejemplo la línea formada por la casilla AA, BB y DD, corresponden a un plan retrogresivo.

Estudio secuencial de las cohortes. Las casillas BA, BB, CB y CC representan una secuencia mínima de cohortes; toda serie de dos filas refleja una secuencia más amplia de cohortes. Este estudio mínimo se refiere a las cohortes de 1910 y de 1920 (los sujetos nacieron en 1910 y en 1920), estudiadas en 1980, 1990 y 2000. Los efectos de la época de la recogida de datos se confunden con los de la edad de la cohorte, puesto que se controlan en momentos diferentes las mismas edades y las mismas cohortes. Este plan de investigación conviene, pues, a los estu-

EJEMPLO DE ESTUDIO SECUENCIAL
Edad de los mismos sujetos durante la recogida de datos en:

COHORTE Sujetos nacidos en:	1980	1990	2000	2010
1900	80 AA →	90 AB →	100 AC →	110 AD
1910	70 BA →	80 BB →	90 BC →	100 BD
1920	60 CA →	70 CB →	80 CC →	90 CD
1930	50 DA →	60 DB →	70 DC →	80 DD
1940	40 EA →	50 EB →	60 EC →	70 ED
1950	30 FA →	40 FB →	50 FC →	60 FD
1960	20 GA →	30 GB →	40 GC →	50 GD
1970	10 HA →	20 HB →	30 HC →	40 HD
1980		10 IB →	20 IC →	30 ID
1990			10 JC →	20 JD
2000				10 KD

→ *Estudio longitudinal de los mismos sujetos*

Figura A-1: Ejemplo de estudio secuencial.

dios en los que resulta desdeñable el efecto de la fecha de la recogida de datos. El complejo análisis de los datos procedentes de éste y de otros modelos secuenciales puede ayudar a comprender el efecto proporcional de cada una de las posibles fuentes de variación.

Estudios secuenciales cronológicos. Las casillas AA, BA, BB y CB representan una secuencia cronológica mínima. Toda serie de dos columnas se refiere a un espacio de tiempo más amplio. Es evidente que no cabe observar las cohortes de la misma edad en momentos diferentes, mientras que se mantiene la edad constante; los efectos de cohortes se confunden, pues, con la edad y el tiempo. Este modelo resulta útil cuando se supone que será desdeñable la diferencia entre los cohortes.

Estudios secuenciales transversales. Todo cuadrado formado por cuatro casillas, por ejemplo, AA, BA, AB y BB corresponde a un estudio transversal mínimo. Todo cuadrado o rectángulo formado por un número más elevado de casillas, por ejemplo, AA-DA, AB-DB, AC-DC, y AD-DD, se refiere a una secuencia más amplia. Como el efecto de la edad se confunde con los efectos del tiempo y de la cohorte, este modelo resulta más útil en una situación en donde sean desdeñables los efec-

tos de la edad, mientras que las diferencias de cohorte y de fecha de recogida de datos son importantes.

Es evidente que los estudios secuenciales cuestan caros; exigen, desde luego, mucho tiempo, muestras numerosas, así como reiteradas recogidas de datos. La ejecución de los planes más simples que acabamos de citar demanda 30 años de trabajo, durante los cuales podrán surgir las más diversas dificultades: pérdida de sujetos, modificaciones de los cuestionarios y de los instrumentos, introducción de nuevos ayudantes en la investigación y quizá incluso la muerte del investigador.

La elección de los sujetos

Las personas y los animales que sirven para la investigación se denominan "sujetos". Idealmente, los sujetos de investigación deberían formar una muestra representativa de la población de la que proceden. Si el estudio se refiere al envejecimiento en el Canadá, la muestra debe representar a las diversas categorías de canadienses: hombres y mujeres, francófonos y anglófonos, trabajadores y jubilados, etc. Pocos investigadores disponen, sin embargo, de los recursos necesarios para reunir una muestra tan representativa de todo el país. La mayoría estudia a los sujetos de los que dispone y a quienes recluta a través de los grupos sociales, de las universidades o anuncios aparecidos en los diarios. Estas limitaciones impuestas a la muestra reducen el alcance de toda investigación.

La interpretación de los resultados de un estudio, referido a una muestra limitada, obliga a suponer que las conclusiones obtenidas serían las mismas si se emplearan otras muestras, constituidas por otros sujetos. Pero esta suposición no siempre se encuentra justificada. En efecto, el mismo procedimiento de muestreo falsea considerablemente los resultados, aunque sólo fuese porque los sujetos que aceptan participar en un estudio difieren de quienes se niegan a hacerlo. Por ejemplo, los enfermos y los solitarios pueden hallarse marginados y sus rasgos característicos desdeñados, en razón del hecho de que estas personas son incapaces de tomar parte en las investigaciones. Antes de otorgar fe a los resultados de cualquier estudio, es importante informarse sobre el modo en que han sido obtenidos los sujetos de la experiencia y comprobar si el método de selección supone el riesgo de que hayan quedado falseados los resultados de la variable objeto de estudio.

Uno de los reproches que más a menudo se hace a los investigadores se refiere a la naturaleza de la muestra. Lo que es cierto en los ricos retirados en la Costa Azul, puede no serlo en el caso de las personas que viven en los arrabales de París. Ya hemos señalado que la extensión y el alcance práctico de todo plan de investigación se hallan limitados por las posibilidades de muestreo que influyen en los resultados. Conviene, pues, tener el mayor cuidado en la elección de la muestra a fin de que pueda suponerse que los resultados serán representativos, so pena de tener que limitar la interpretación a las muestras parecidas a las que han servido para el estudio.

Los métodos longitudinales y secuenciales se hallan a menudo afectados por el abandono de los sujetos que dejan de pertenecer al grupo que se estudia. Si fuera posible suponer que no hay motivo para un abandono sistemático, cabría contentarse con seleccionar una muestra suficientemente amplia para compensar las pérdidas. Sin embargo, si las causas de abandono son comunes, influirán probablemente en los resultados. Por ejemplo, si los sujetos que se retiran son los menos motivados, este hecho aumentará ciertos resultados y los orientará en una dirección positiva. Por lo demás, los sujetos más proclives a dejar de participar son aquellos cuya salud está más deteriorada y que presentan el riesgo de hallarse enfermos más frecuentemente. También aquí, en ciertos estudios, tal circunstancia puede elevar la tasa de resultados positivos.

¿Hay otras tasas sistemáticas de abandono que puedan influir de forma negativa en los datos? Esta pregunta evoca inmediatamente la mayor movilidad de los sujetos procedentes de las clases socioeconómicas favorecidas. Tales personas acomodadas se desplazan fácilmente y, en consecuencia, pueden no estar en disposición de presentarse a los controles posteriores. En la mayoría de los estudios, de aquí se deduciría probablemente una desviación de los resultados. No cabe suponer que vayan a anularse los factores positivos y negativos de selección si la muestra es suficientemente amplia, pero es necesario proceder a un análisis muy detenido de la tasa de abandono para descubrir las posibles fuentes de error.

Las personas de edad muy avanzada como las de las casillas AC, AD y BD de la figura A-1 presentan otra dificultad que se suma a las que acabamos de mencionar. Si se desea conservar un número elevado de sujetos para obtener unos resultados fiables. ¿Cuántas personas habrá que prever al comienzo, habida cuenta de la tasa de mortalidad en este grupo de edad? Realmente, es casi imposible hacer un estudio longitudinal o secuencial que concluya con una muestra adecuada de personas de 90 a 100 años, porque la tasa de mortalidad de este grupo resulta harto elevada: el grupo de partida habría de ser obligatoriamente demasiado amplio. Según el *Statistical Bulletin* (Abril de 1975, p. 7), 20.908 personas de cada 100.000 llegan a los 85 años, es decir un poco menos del 21%. Para concluir la experiencia con 100 sujetos de 85 años sería, pues, necesario comenzarla con una muestra de 478 sujetos.

SCHAIE, LABOUVIE y BARRET (1972) han estudiado la diferencia entre los sujetos que se hallaban o no presentes con ocasión de un test al que habían sido convocados. Sus investigaciones muestran que se obtuvo un resultado positivo, es decir que los sujetos que se presentaron lograron niveles más elevados durante la realización del primer test. Este efecto positivo se aprecia casi por todas partes entre sus datos.

Desviaciones imputables al experimentador

Los "experimentadores" son los que recogen los datos necesarios para la investigación. Pueden constituir una importante fuente de error en el estudio, puesto que cabe que influyan directa o indirectamente en los resultados de la investigación, sin advertir siquiera las desviaciones que provocan (ROSENTHAL, 1966). Es posible, por ejemplo, que los sujetos se esfuercen por agradar al investigador, respondiendo lo que *creen* que éste desea oír o que duden en declarar ciertos comportamientos a un extraño o, incluso, que se confíen de mejor grado si el investigador es amigo.

Los investigadores pueden influir sobre los sujetos de diversas y sutiles maneras, anticipando ciertos resultados o ciertas reacciones. En efecto, una leve inclinación de cabeza, las variaciones del timbre de voz, una simple sonrisa, bastan para influir en ellos. Los experimentadores pueden además engañarse al dar cuenta de los resultados de su investigación, bien por cometer errores o porque sus propios prejuicios coloreen sus percepciones o sus interpretaciones. Existe el riesgo de que sus preocupaciones y sus presuposiciones desvíen su atención y les hagan desdeñar importantes datos.

Con objeto de reducir al mínimo las desviaciones debidas al experimentador, se utiliza un procedimiento llamado "doble ciego" (en inglés *double-blind*), lo que significa que ni el inves-

tigador ni el sujeto se hallan al corriente de los resultados anticipados y que ignoran si forman parte del grupo experimental o del grupo testigo. En las experiencias en que se emplea esta técnica de validación, la desviación inducida por el investigador se encuentra un poco reducida pero, a pesar de todo, subsisten algunos riesgos, porque es posible que el investigador o el sujeto hagan intervenir sus ideas preconcebidas pese a todas las precauciones que hayan podido tomarse.

Un segundo medio empleado con objeto de compensar los errores introducidos por el experimentador consiste en comprobar la fiabilidad de sus informes, comparándolos con otros obtenidos en condiciones idénticas o semejantes. Cabe, por ejemplo, emplear varios experimentadores, a fin de aumentar la fiabilidad de los resultados y hallar el grado de acuerdo entre ellos, lo que se denomina calcular "la fidelidad entre los jueces". Se aumenta también el grado de fiabilidad repitiendo la experiencia pero con sujetos e investigadores diferentes. Una experiencia efectuada por varios experimentadores es, en sí misma, una serie de repeticiones simultáneas.

En los estudios longitudinales y secuenciales, los cambios de personal durante el trabajo pueden constituir una importante fuente de error. Gran parte de las investigaciones son realizadas por ayudantes especialmente contratados al efecto y que, en la mayoría de los casos, son estudiantes de los últimos años de la carrera. Su participación es de corta duración ya que, apenas concluídos sus estudios, abandonan ese puesto subalterno para acometer sus propias investigaciones. En manera alguna es más estable el personal auxiliar encargado de las tareas cotidianas.

Aunque el mismo experimentador pueda reunirse con todos los sujetos durante todo el tiempo que abarque el estudio, sobrevendrán cambios inevitables que, por su naturaleza, influirán sobre las respuestas de los sujetos. Resulta en efecto muy diferente ser interrogado por un titulado de 25 años y por un catedrático de 55, aunque se trate de la misma persona. Tampoco hay que olvidar la eventualidad de la muerte del investigador en una experiencia de una duración superior a los 30 años.

Los datos y su validez

Los resultados de una investigación son los datos recogidos e interpretados a menudo con la ayuda de técnicas estadísticas.

El género de datos depende del objeto del estudio, de la conveniencia de cierto tipo de datos respecto de la investigación así como de las consideraciones materiales de tiempo y dinero. Varían las técnicas psicométricas empleadas para la recogida de datos, desde la simple anotación de una frecuencia hasta los tests y los complejos procedimientos de evaluación. Veamos, por ejemplo, el caso de un investigador que desea estudiar el grado de fatiga de los sujetos. Los datos recogidos podrían consistir en respuestas a un cuestionario referente al grado de fatiga experimentada, a la cantidad de sueño que necesita el sujeto o a la naturaleza de la actividad juzgada fatigosa, en evaluaciones fisiológicas de la fatiga muscular, medidas eléctricas de la actividad cerebral o en cualquier otra clase de medición. En sí, la fatiga es una concepción hipotética, independiente del método empleado para medirla. Aunque la fatiga sea experimentada como un estado subjetivo, el observador no puede evaluarla en sí misma, puesto que es un concepto abstracto. Debe otorgar fe a las observaciones del sujeto respecto de su propia fatiga o bien recurrir a los exámenes fisiológicos y psicológicos que proporcionarán unas indicaciones más o menos precisas sobre el grado de fatiga experimentada por el sujeto.

Hay que enfrentarse a veces con el viejo dilema de la experiencia subjetiva. Tomemos el ejemplo del sueño. ¿Cómo saber si una persona duerme? Podemos llamarla y, si no responde, considerar su silencio como la prueba de que está dormida. Las observaciones fundadas en el sentido común no son satisfactorias porque el hecho de hablar o callarse, respirar profundamente, tener los ojos cerrados, etc., no prueba que esté dormida.

El recurso a instrumentos electrónicos complejos parece asegurar un mayor grado de certidumbre. El EEG sirve comúnmente para medir el sueño, gracias a las variaciones de las ondas características de los cuatro estadios del sueño (desde el sueño ligero, en el estadio 1, al sueño profundo, en el estadio 4). Sin embargo, la validez de estos métodos debe ser demostrada: ¿Indican realmente el nivel del sueño? En este punto del razonamiento se plantea de nuevo la cuestión de saber en qué consiste el sueño. Y ante la imposibilidad de responder a la pregunta: ¿Cómo demostrar la validez del EEG como instrumento de medición del sueño?

Las técnicas métricas están destinadas, sobre todo, a determinar en qué medida los datos recogidos indican precisamente lo que el investigador desea medir. Se denomina *validez* la ca-

pacidad que posee la investigación de procurar unas informaciones válidas en función de lo que se estudia. Un determinado plan de investigación o tal técnica métrica pueden ser, en efecto, válidos para un objeto pero no para otro. Un estudio transversal, por ejemplo, proporciona unas respuestas sobre las diferencias debidas a la edad en un determinado momento, pero podrá ser inútil cuando se trata de precisar las diferencias que se manifiestan en el curso de la vida.

La primera cuestión que se plantea en el estudio de la validez es la que se refiere al plan de investigación. Este tipo de validez depende, en efecto, de su ajuste al objeto de estudio. En el análisis del desarrollo humano, los factores de confusión inherentes a los estudios transversales, longitudinales y secuenciales, mencionados al comienzo de este capítulo, cobran una importancia capital para la evaluación de los planes de investigación.

La validez de los procedimientos métricos reviste varias formas. La primera se denomina *validez aparente* (*face validity*); es la que corresponde al juicio de sentido común. En el estudio sobre la fatiga, por ejemplo, parece apropiado preguntar a los sujetos si están cansados. La pregunta posee una validez aparente, puesto que se sabe que las personas son capaces de describir su fatiga. Pero contar el número de veces que una persona golpea con el pie no posee validez aparente alguna porque, a primera vista, este gesto no parece constituir un signo de fatiga. La validez aparente puede considerarse desprovista de importancia; sin embargo lo cierto es todo lo contrario, porque si las técnicas empleadas no parecen pertinentes, convenientes y serias a los ayudantes de la investigación o a los sujetos que se dejan observar, existirá el riesgo de que los resultados paguen las consecuencias.

Los aspectos más científicos de la validez conciernen a las relaciones de los diversos elementos del plan de investigación con el objeto de estudio. La *validez de contenido* es fundamental y designa la medida en la que el plan de investigación corresponde a la totalidad del campo del estudio. En nuestro ejemplo hipotético sobre la fatiga, la validez de contenido concierne a la parte del campo de la fatiga cubierta por el estudio. ¿Abarca ésta a la vez el aspecto subjetivo medido por las declaraciones personales de los sujetos y el aspecto objetivo medido por los instrumentos electrofisiológicos? La validez de contenido no se halla enteramente determinada por la extensión del

estudio, sino más bien por la correspondencia entre la finalidad pretendida por la investigación y las técnicas utilizadas.

Los estudios que tratan de englobar, en un solo y vasto plan de investigación, numerosos aspectos de una cuestión tropiezan con la dificultad de su misma amplitud y corren el riesgo de no ofrecer una satisfactoria validez de contenido. Por otro lado, si los estudios muy específicos, concentrados en un único aspecto del problema, pueden fácilmente alcanzar una elevada validez de contenido, a menudo sólo poseen un reducido potencial sistemático. El concepto de *conveniencia,* que se aplica al grado de especificidad o de generalidad del estudio, es pertinente en todo debate de la validez de contenido. Por alcance conveniente de un estudio se entiende el grado de generalización al que se prestan los resultados obtenidos y por *foco conveniente* de un estudio se designa su adecuación a su foco específico de interés. Resulta contraindicado tratar de agrupar en un mismo estudio un alcance muy grande con un foco muy preciso.

Tras las técnicas métricas, es la muestra de los sujetos la que determina el alcance y el foco convenientes así como la validez de contenido. Si, por ejemplo, en el estudio sobre la fatiga, la muestra no comprende más que a niños, el alcance resultará disminuido con relación a la edad aunque el contenido sea válido. Esto quiere decir que se podrán saber muchas cosas sobre los niños, pero muy poco sobre los demás grupos de edad. Si se desea estudiar la fatiga a través de toda la gama de edades, será preciso aumentar el alcance, pero entonces se tropezará probablemente con la dificultad de mantener el fenómeno en un foco conveniente. Se presentaría también el problema de no poder utilizar los mismos métodos para todos los grupos de edad, sin olvidar que un niño y un adulto fatigados no se comportan igual. Sería, por ejemplo, imposible utilizar un cuestionario con sujetos de edad preescolar y estudiar las relaciones subjetivas de los grupos de edad preverbal. Los conceptos de validez de contenido, de alcance y de foco convenientes se encuentran íntimamente ligados y constituyen importantes elementos en la planificación y en la evaluación de la investigación.

Las demás formas de validez son *la validez simultánea* (*concurrent validity*), que designa las relaciones entre los datos de un estudio y los demás datos recogidos sobre el mismo sujeto; *la validez predictiva* (*predictive validity*), que designa la propiedad que poseen los datos de predecir los acontecimientos

futuros; *la validez de constructo* (*construct validity*), que se refiere a la concordancia de los datos con las previsiones establecidas con la ayuda de una teoría o de otros hechos conocidos.

El ejemplo de la fatiga va a servirnos además para ilustrar estas tres formas de validez. Toda medida de la fatiga debe tener una relación con el actual nivel de cansancio del sujeto. Los bostezos pueden indicar o no el mismo nivel de fatiga en todos los individuos, puesto que pueden depender de variables situacionales diferentes al margen del nivel de fatiga. Si la medida de la fatiga que se adopta está realmente emparentada con numerosas medidas diferentes, posee una validez concurrente.

Si se quiere saber cuánto tiempo tardan en dormirse las personas, y si, para predecir el momento en que se duermen, se utiliza una medida concurrente del estado de fatiga actual, se trata de confirmar la validez de predicción de la medida. Advirtamos que no es en absoluto esencial que la validez de esta medida sea simultáneamente concurrente y capaz de predecir, aunque suceda, por lo general, de esta manera.

Finalmente, si se predice que el tiempo de reacción es más largo en los sujetos fatigados que en los demás, se invoca entonces la validez de constructo, puesto que la predicción de la lentitud se deriva de otra serie de datos o de otra teoría sobre el comportamiento.

En una cierta medida los datos se hallan siempre sometidos a inexactitud. Ciertas causas de inexactitud son sistemáticas y pueden ser detectadas mediante estudios apropiados; otras, por el contrario, son aleatorias o proceden de "errores". Los sujetos pueden, por ejemplo, equivocarse al responder a las preguntas, otros pueden mentir un poco a fin de "agradar" al investigador, algunos se muestran demasiado ansiosos en el momento del test y comprenden mal las preguntas, otros finalmente resultan incapaces de concentrarse a consecuencia de un exceso en la bebida. Incluso pueden variar en ese momento las medidas fisiológicas como el pulso, la tensión arterial y los análisis hematológicos, en razón del estado de ánimo del sujeto (la inquietud respecto de los resultados puede, por ejemplo, hacer subir la tensión arterial). El objetivo de la investigación estriba en recoger datos válidos, con el menor número posible de errores.

Cuanto más se alejan los datos de la variable estudiada, más se impone la prudencia y más preciso es estudiar cuidadosamente la validez de las medidas. Si, por ejemplo, se pretendiera medir la frecuencia de aparición de los pronombres en la conversación, el simple hecho de escuchar y contarlos a medida que aparecen podría considerarse que ofrecía un elevado grado de validez conveniente (aunque el empleo de un magnetófono y de una calculadora pueda dar garantías suplementarias, sobre todo si el experimentador es un poco duro de oído). Sin embargo, si se quiere medir la depresión, no hay medio directo alguno de proceder, pues nos hallamos en presencia de impresiones subjetivas. Hemos de suponer que ciertos instrumentos de medición, como las escalas o cuestionarios normalizados sobre la depresión, constituyen indicadores válidos. Las técnicas métricas aplicadas a las variables complejas como la depresión pueden interesar unos índices sutiles, como la impresión de la falta de sueño por la mañana, cuya validez aparente resulta sin duda bastante débil. Consiguientemente, la adopción de medidas destinadas a la evaluación de las variables complejas se realiza con gran cuidado y sólo tras un estudio piloto en el que se practican unos tests de validez para saber si los procedimientos empleados registran, en realidad, lo que se supone que han de medir. Con frecuencia, el investigador puede asegurarse de la validez de una medida comprobando su validez simultánea, lo que exige unos exámenes reiterados con la ayuda de otras técnicas y con el propósito de tener la seguridad de que se llega siempre a los mismos resultados. De una manera general, los resultados que "se reproducen" son más fiables que aquellos que sólo se manifiestan una vez.

Los métodos longitudinales y secuenciales presentan una dificultad especial, la de los cambios que modifican los tests o los instrumentos. Por ejemplo, si se trata de repetir una experiencia realizada en 1970, cabe que se disponga de una nueva versión del test original. Se presenta entonces el siguiente dilema: utilizar la versión mejorada y perder ciertos puntos de comparación o bien emplear el antiguo test, que quizá esté superado. Cada investigador resuelve este problema según sus necesidades, pero el empleo del instrumento original permite una comparación mejor, pese al hecho de que este instrumento pueda comportar preguntas que parezcan extrañas a los nuevos sujetos. La cuestión de saber si conviene emplear un instrumento electrónico nuevo presenta una menor dificultad puesto que, en general, la ventaja que cabe extraer no está ligada directamente a la conducta del sujeto.

Los progresos tecnológicos

Dos formas de innovaciones tecnológicas contribuyen al progreso de la ciencia. La primera es el perfeccionamiento de los instrumentos, como los circuitos electrónicos integrados, y la otra consiste en el progreso de técnicas como los planes secuenciales de investigación. Abordaremos aquí la cuestión de los progresos en la instrumentación.

Hace 20 años hubieran sido imposibles numerosas investigaciones que ahora resultan fáciles de realizar. En efecto, el equipamiento electrónico miniaturizado, por su tamaño reducido y su manejo fácil, ha hecho posibles numerosos estudios. Si se quisiera, por ejemplo, estudiar los efectos del *footing* sobre el ritmo cardíaco, podría proporcionarse al corredor un pequeño aparato emisor de un alcance de 250 metros o más y un peso de tan sólo unos gramos. ¡Pero hace veinte años, para obtener resultados comparables el corredor debería llevar un peso de 20 kilos, sin contar los metros de cable eléctrico! Los ordenadores nos permiten analizar, en unos segundos, datos complejos que habrían exigido años de trabajo hace apenas algún tiempo. L. L. THURSTONE, que contaba sin embargo con la ayuda de un personal importante, necesitó años para efectuar los análisis factoriales requeridos en la elaboración de su test denominado *Primary Mental Abilities*. Hoy un ordenador analiza los mismos datos en unos segundos.

Los progresos tecnológicos contribuyen, pues, considerablemente al avance de las ciencias, proporcionando a los investigadores unos medios de análisis precisos, rápidos y prácticos.

La interpretación de los resultados

Por lo general, los datos obtenidos son descritos y analizados con la ayuda de las técnicas estadísticas. Los datos calificados como estadísticamente significativos se pueden considerar, con un margen de duda aceptable, como correspondientes a la realidad y no como el resultado del azar.

Las conclusiones son interpretadas y discutidas por el investigador. Algunas son claras, confirman o desechan las hipótesis de la investigación. Pero, a veces, otros resultados son ambiguos y se prestan a interpretaciones diversas. Cuando se quiere apreciar el valor de un estudio, es importante examinar la forma en que las conclusiones del investigador coinciden con los resultados obtenidos.

Ultima observación

Quizá hemos insistido tanto en los obstáculos que pueden afectar desfavorablemente a la investigación, que cabría pensar que ningún estudio puede ser digno de confianza. Pero, por fortuna, no es así. El número de investigaciones sobre la edad adulta y la vejez ha aumentado considerablemente durante los últimos decenios, mientras que su calidad ha mejorado de manera constante, de modo que hoy sabemos muchas más cosas sobre los ancianos. Sólo deseamos que nuestros conocimientos nos permitan ayudarles mejor, gracias a unos programas más eficaces y apropiados.

BIBLIOGRAFIA

ADLER A., *The practice and theory of individual psychology,* Nueva York, Harcourt, Brace y World, 1927.

AJURIAGUERRA J. DE, KLUSER J. y TISQUELQUES, Aspects de leur désintégration conjointe dans les syndromes démentiels du grand âge, *Psychiatria Neurologia,* 1965, *150,* 306-319.

ALDAG R. y BREIF P., Age and reactions to task characteristics, *Industrial Gerontology,* 1975, *2,* 223-230.

ALDAG R. y BREIF P., Age, work values and employee reactions, *Industrial Gerontology,* 1977, *4,* 192-197.

ALLPORT G. W., *Personality: A psychological interpretation,* Nueva York, Henry Holt and Company, 1937.

ALLPORT G. W., *Pattern and growth in personality,* Nueva York, Holt, Rinehart and Winston, 1961.

ARENBERG D., Anticipation interval and age differences in verbal learning, *Journal of Abnormal Psychology,* 1965, *70,* 419-425.

ARENBERG D., Cognition and aging: Verbal learning, memory, problem solving, and aging, *en* C. Eisdorfer y M. P. Lawton (eds.), *The psychology of adult development and aging,* Washington, DC, American Psychological Association, 1973.

ATCHLEY R. C., Retirement and leisure participation: Continuity or crisis?, *The Gerontologist,* 1971, *11,* 20-32.

ATCHLEY R. C., *The social forces in later life,* Belmont, CA, Wadsworth Publishing Co., Inc., 1972.

ATCHLEY R. C., The leisure of the elderly, *The Humanist,* 1977, 14-19.

BACK J. W. y MORISS J. D., Perceptions of self and the study of whole lives, *en* E. Palmore (ed.), *Normal aging,* II: *Reports from the Duke longitudinal Studies, 1970-1973,* Durham, North Carolina, Duke University Press, 1974.

BACHRACH A. J., *Psychological research: An introduction* (3.ª ed.), Nueva York, Random House, 1972.

BAHRICK H. P., BAHRICK P. O. y WITTLINGER R. P., Fifty years of memory for names and faces: A cross-sectional approach, *Journal of Experimental Psychology: General,* 1975, *104,* 54-75.

BAKER A. H., MISHARA B. L., PARKER L. y KOSTIN I. W., Kinesthetic after effect and personality: A case study of issues involved in construct validation, *Journal of Personality and Social Psychology,* 1976, *34,* 1-13.

BALLWEG J., Resolution of conjugal role adjustment after retirement, *Journal of Marriage an the Family,* 1967, *29,* 277-281.

BALTES P. B., Longitudinal and cross-sectional sequences in the study of age and generation effects, *Human Development,* 1968, *11,* 145-171.

BALTES P. B. y LABOUVIE G. V., Adult development of intellectual performance: Description, explanation and modification, *en* C. Eisdorfer y M. P. Lawton (ed.), *The psychology of adult development and aging,* Washington, DC, American Psychological Association, 1973.

BALTES P. B. y SCHAIE K. W., Aging and IQ: The myth of the twilight years, *Psychology Today,* 1974, *7,* 35-40.

BARTLEY D., Compulsory retirement: A re-evaluation, *Personnel,* 1977, *54,* 62-67.

BASERGA R. L., Cell division and the cell cycle, *en* C. E. Finch y L. Hayflick, (eds.), *Handbook of the biology of aging,* Nueva York, Van Nostrand Reinhold Co., 1977.

BECK A. T., *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects,* Nueva York, Harper and Row, 1967.

BELBIN M., *Training methods for older workers,* París, Organization for Economic Cooperation and Development, 1965.

BELBIN M., *The discovery method: An international experiment in retraining,* París, Organization for Economic Cooperation and Development, 1969.

BELBIN E. y BELBIN M., *Problems in adulto training,* Londres, Heinemonth Mann., 1972.

BELBIN E. y DOWNS S., Activity learning and the older worker, *en* S. M. Chown (ed.), *Aging,* Baltimore, Penguin Books, 1972.

BENEDEK T., Climacterium: A developmental phase, *Psychoanalytic Quarterly,* 1950, *19,* 1-27.

BENEDEK T., Parenthood, as a developmental phase, *Journal of the American Psychoanalytic Association,* 1959, *7,* 385-417.

BENEDEK T., *en* E. J. Antohy y T. Benedek (eds.) *Parenthood* (Capítulos 4, 5, 6, y 7), Boston, Little, Bown, 1970.

BEREZIN M. A. y CATH S. H. (eds.), *Geriatric Psychiatry,* Nueva York, International Universities Press, 1965.

BIBRING G. L., Some considerations of the psychological processes of pregnancy, *Psychoanalytic Study of the Child,* 1959, *14,* 113-121.

BIRREN J. E. y SCHAIE K. W. (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging,* Nueva York, Van Nostrand Reinhold Co., 1977.

BIRREN J. E., Toward an experimental psychology of aging, *American Psychologist,* 1970, *25,* 125-135.

BIRREN J. E., BUTLER R. N., GREENHOUSE E. W., SOKOLOFF L. y YARROW M. R., *Human aging,* Washington, DC, United State Government Printing Office, 1971.

BIRREN J. E. y RENNER V. J., Research on the psychology of aging: Principles and experimentation, *en* J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging,* Nueva York, Van Nostrand Reindhold Co., 1977.

BLENKNER M., Social work of family relationship in later life with some thoughts on filial maturity, *en* E. Shanas y G. Streib (eds.), *Social structure and the family, generational relations*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1965.
BOCK W. E. y WEBBER I. K., Suicide among the elderly: Isolating widowhood and mitigating alternatives, *Journal of Marriage and the Family*, 1972, *34*, 24-31.
BOGDONOFF M. D., ESTES E. H., Jr., FRIEDBERG S. J. y KLEIN R. F., Fat mobilization in man, *Annals of Internal Medicine*, 1961, *55*, 328-338.
BOTWINICK J., Cautiousness in advanced age, *Journal of Gerontology*, 1966, *21*, 347-353.
BRANTNER J., *Death and the self*, Minneapolis, Minnesota, University of Minnesota Center of Death Education and Research, 1970 (casete).
BRICKFIELD C., Mandatory retirement can be hazardous to your health, *Dynamic Years*, 1978, *13*, 1.
BRODY E. M. y SPARK G. M., Institutionalization of the aged: A family crisis, *Family Process*, 1967, *5*, 76-80.
BRODY E. M. y VIJAYASHANKAR N., Anatomical changes in the nervous system, *en* C. E. Finch y L. Hayflick (eds.), *Handbook of the biology of aging*, Nueva York, Van Nostrand Reinhold Co., 1977.
BROMLEY D. B., *The psychology of human ageing*, Baltimore, Penguin Books, 1974.
BROTMAN H. B., Income and poverty in the older population in 1975, *The Gerontologist*, 1977, *17*, 23-26.
BURGESS E. W., CAVAN R. S. y HAVINGHURST R. J., *Your activities and attitudes*, Chicago, Science Research Associates, 1948.
BURNSIDE I. M. (ed.), *Sexuality and aging*, Los Angeles, University of California Press, 1975.
BUSSE E. W., JEFFERS F. C. y OBRIST W. D., Factors in age awareness, *Proceedings of the 4th Congress of the International Association of Gerontology*, Moreno, 1957, 349-357.
BUSSE E. W. y PFEIFFER E., Functional psychiatric disorders in old age, *en* E. W. Busse y E. Pfeiffer (eds.), *Behavior and adaptation in later life*, Boston, Little, Brown, Co., 1977.
BUTLER R. N. y LEWIS M. I., *Aging and mental health*, Saint-Louis, The C. V. Mosby Company, 1977.
BUTLER R. N. y LEWIS M. I., *Love and sex after sixty*, Nueva York, Harper and Row, 1977.

CAIN L., Political factors in the emerging legal status of the elderly, *The Annals*, 1974, *415*, 70-79.
CANESTORAI R. E., Jr., Paced and self-paced learning in young and elderly adults, *Journal of Gerontology*, 1963, *18*, 165-168.
CAPLAN G., *Principles of preventive psychiatry*, Nueva York, Basic Books, 1964.
CATTELL R. B., Theory of fluid and crystallized intelligence: A critical experiment, *Journal of Educational Psychology*, 1963, *54*, 1-22.
CHAPIN F. W. y BRAIL R. K., Human activity system in the metropolitan United States, *Environment and Behavior*, 1969, *1*, 107-130.
CHARCOT J., *Clinical lectures on tehe diseases of old age* (1867) (trad. de Leigh Hunt), Nueva York, William Wood, 1881.
CLARK M. y ANDERSON B. C., *Culture and aging*, Springfield, Ill., Charles E. Thomas, 1967.

CLAYTON P. J., HALIKES J. A. y MAURICE W., The bereavement of the widowed, *Diseases of the Nervous System*, 1971, *32*, 597-604.
COLLINS J., *Recognition memory and response bias in hospitalized, schizophrenic, old and young adults* (Tesis doctoral, Brigham Young University, 1978).

COMFORT A., Basic research in gerontology, *Gerontologia*, 1970, *16*, 48-64.
COMFORT A., *The prospects of longevity* (Trabajo presentado en la reunión de la Gerontological Society, San Juan, Puerto Rico, Diciembre 1972).
CONTI M. L., The loneliness of old age, *Nursing Outlook*, 1970, *18*, 28-30.
COWGILL D., The aging of population and societies, *The Annals*, 1974, *415*, 1-18.
CRAIK F. I. M., Modality effects in short-term storage, *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 1969, *8*, 658-664.
CRAIK F. I. M., Age differences in human memory, *en* J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging*, Nueva York, Van Nostrand Reinhold Co., 1977.
CRAWFORD M., A Rite of Passage, *Sociological Review*, 1973, *21*, 447-461.
CUMMINGS E., Reforming private pensions, *The annals*, 1974, *41/*, 80-94.
CUMMINGS E. y HENRY W. E., *Growing old: The process of disengagement*, Nueva York, Basic Books, 1961.
CUTLER S. J., An approach to the measurement of prestige loss among the aged, *Aging and Human Development*, 1972, *8*, 285-292.

DEMENT W. C., *Some must watch while some must sleep*, San Francisco, W. H. Freeman and Co., 1974.
DENNIS W., Creative productivity between the ages of 20 and 80 years, *Journal of Gerontology*, 1966, *21*, 1-8.
DEUTSCH H., *The psychology of women* (vol. 1), Nueva York, Grune and Stratton, 1944.
DEUTSCH H., *The psychology of women* (vol. 2), Nueva York, Grune and Stratton, 1945.
DE VRIES H. A., Physiological effects of an exercise training regiment upon men aged 52-88, *Journal of Gerontology*, 1970, *70*, 325-336.
DIGGORY J. C. y ROTHMAN D. Z., Values destroyed by death, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1961, *63*, 205-210.
DURKHEIM E., *Suicide*, Glencoe, Ill., Free Press, 1951. (Originalmente publicado en 1897).

EISDOFER C., Verbal learning and response time in the aged, *The Journal of Genetic Psychology*, 1965, *107*, 15-22.
EISDORFER C., New dimensions and a tentative theory, *Gerontologist*, 1967, *7*, 14-48.
EISDORFER C., Arousal and performance: Experiments in verbal learning and a tentative theory, *en* G. A. Talland (ed.), *Human aging and behavior*, Nueva York, Academic Press, 1968.
EISDORFER C., Background and theory of aging, *en The future of aging*, Atlanta, Georgia, Southern Newspaper Publishing Association, 1971.
EISDORFER C., AXELROD S. y WILKIE F., Stimulus exposure time as a factor in serial learning in an aged sample, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1963, *67*, 594-600.
EISDORFER C. y LAWTON M. P., *The psychology of adult development and aging*, Washington, DC, American Psychological Association, 1973.

EISDORFER C., NOWLIN J. y WILKIE F., Improvement of learning in the aged by modification of autonomic nervous system activity, *Science*, 1970, *170*, 1327-1329.
EISDORFER C. y STOSKY B. A., Intervention, treatment and rehabilitation of psychiatric disorders, *en* J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging*, Nueva York, Van Nostrand Reinhold Co., 1977.
EISENSTADT S. N., *From generation to generation: Age groups and social structure*, Glencoe, Ill., Free Press, 1956.
ELIAS M. B. y ELIAS P. K., Motivation and activity, *en* J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging*, Nueva York, Van Nostrand Reinhold Co., 1977.
ELIAS M. F., ELIAS P. K. y ELIAS J. W., *Basic processes in adult developmental psychology*, Saint Louis, The CV Mosby Company, 1977.
ELLISON D. L., Work, retirement, and the sick role, *The Gerontologist*, 1968, *8*, 189-192.
ERICKSON E. H., *Childhood and society* (2.ª ed.), Nueva York, W. W. Norton, 1963.

FELSTEIN I., *Sex in later life*, Baltimore, Penguin Books, Inc., 1973.
FERSTER C. B., Behavioral approaches to depression, *en* R. J. Friedman y M. M. Katz (eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*, Nueva York, Holt, Rinehart, and Winston, 1974.
FERENCZI S., *Futher contributions to the theory and technique of psychoanalysis*, Nueva York, Basic Books Inc., 1952.
FEUR L., *The conflict of generations*, Nueva York, Basic Books, 1969.
FICARRA B. J., The aged, the dying, the dead: Medical-legal considerations, *Psychosomatics*, 1978, *19*, 41-45.
FINCH C. E., Neuroendocrine and autonomic aspects of aging, *en* C. E. Finch y L. Hayflick (eds.), *Handbook of the biology of aging*, Nueva York, Van Nostrand Reinhold Company, 1977.
FINCH C. E. y HAYFLICK L., *Handbook of the biology of aging*, Nueva York, Van Nostrand Reinhold Co., 1977.
FLAVELL J. J., Metacognitive aspects of problem solving, *en* L. Resnick (ed.), *The nature of intelligence*, Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, Incs., 1979.
FLAVELL J. H., Cognitive monitoring, *en* W. P. Dickson (ed.), *Children's oral communication skills*, Nueva York, Academic Press, 1981.
FOWLER N. O., *Cardiac diagnosis and treatment* (2.ª ed.), Haggerstown, Mo., Harper and Row, 1976.
FOZARD J. L., WOLF E., BELL B., MCFARLAND R. A. y PODOLSKY S., Visual perception and communication, *en* J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging*, Nueva York, Van Nostrand Reinhold Co., 1977.
FRANK H., Retirement: An ego alien view, *International Journal of Family Counseling*, 1977, *5*, 44-47.
FREUD S., Mourning and melancholia, *en* J. Strachey (ed.), *Collected works of Sigmund Freud: The standard edition* (vol. 14), Londres, Hogarth Press, 1915.
FRIEDEL R. O., Pharmacokinetics of psychotherapeutic agents in aged patients, *en* C. Eisdorfer y R. O. Friedel, *Cognitive and emotional disturbances in the elderly: Clinical issues*, Chicago, Year Book Medical Publishers, Inc., 1977.

GAGNON J. H. y SIMON W., *Sexual conduct: The social source of human sexuality*, Chicago, Aldine, 1973.
GLASER D. G. y STRAUSS A. L., *Awareness of dying*, Chicago, Aldine Publishing Co., 1965.
GLASER B. G. y STRAUSS A., *Time for dying*, Chicago, Aldine Publishing Co., 1968.
GOLDE P. y KOGAN N., A sentence completion procedure for assessing attitudes toward old people, *Journal of Gerontology*, 1959, *14*, 355-363.
GORDON S. K. y CLARK W. C., Application of signal detection theory ot prose recall and recognition in elderly and young adults, *Journal of Gerontology*, 1974, *29*, 64-72.
GORDON C., GAITZ C. M. y SCOTT J., Self-evaluation of competence and worth in adulthood, *en* S. Arietti (ed.), *American Handbook of Psychiatry*, 1975, *6*, Nueva York, Basic Books, 212-229.
GOUDY W. J., POWERS E. A. y KEITH P., Work and retirement: A test of attitudinal relationships, *Journal of Gerontology*, 1975, *30*, 193-198.
GRANICK S. y PATTERSON R. D. (eds.), *Human aging, II: An eleven year follow-up biomedical and behavioral study*, Rockville, Maryland, National Institute of Mental Health, 1971.
GREEN D. M. y SWETS J. A., *Signal detection theory and psychophysics*, Nueva York, Wiley, 1966.
GREENE W., Psychological factors in retibuloendothelial disease, *Psychosomatic Medicine*, 1954, *16*, 220-230.
GRIFFITH G. C., Sexuality and the cardiac patient, *Heart Lung*, 1973, *2*, 70-73.
GUBRIUM J., *The myth of the golden years: A socio-environmental theory of aging*, Springfield, Ill., Thomas, 1973.
GUTTMAN D. L., An exploration of ego configurations in middle and later life, *en* B. L. Neugarten y Associates (eds.), *Personality in middle and later life*, Nueva York, Atherton Press, 1964.
GUTTMAN D. L., The country of olf men: Cross-cultural studies in the psychology of later life, *Occasional Papers in Gerontology* (n.º 5), Ann Arbor, Institute of Gerontology, University of Michigan - Wayne State University, 1969.
GUTTMAN D. L., Dependency, illness and survival among Navajo Men, *en* E. Palmore y F. C. Jeffers (eds.), *Prediction of life span*, Lexington, Massachusetts, Heath Lexington, 1971.
GUTTMAN D. L., Alternatives to disengagement: The old men of Highland Dreeze, *en* R. A. LeVine (ed.), *Culture and personality: Contemporary readings*, Chicago, Aldine, 1974.
GUTTMAN D. L., Parenthood: Key to the comparative psychology of the life cycle?, *en* N. Datan y L. H. Ginsberg (eds.), *Life-span development psychology: Normative life crises*, Nueva York, Academic Press, 1975.

HARKINS S., CHAPMAN C. R. y EISDORFER C., Memory loss and response bias in senesence, *Journal of Gerontology*, 1979, *34*, 66-72.
HARKINS S. W., COLLINS J., RIEDEL R. G. y EISDORFER C., *A signal detection approach to recognition memory differences in old and young and schizophrenics*, 1979.
HAVINGHURST F. J., Successful aging, *The Gerontologist*, 1961, *1*, 1-13.
HAYFLICK L., Current theories of biological aging, *en* G. J. Thorbecke (ed.), *Biology of aging and development*, Nueva York, Plenum Publishing Corp., 1975a.
HAYFLICK L., Cell biology of aging, *Bio-Science*, 1975b, *25*, 629-637.

HAYFLICK L., The cell biology of human aging, *The New England Journal of Medicine,* 1976, *295,* 1302-1308.
HAYFLICK L., The cellular for biological aging, *en* C. E. Finch y L. Hayflick (eds.), *Handbook of the biology of aging,* Nueva York, Van Nostrand Reinhold Co., 1977.
HELLERSTEIN H. E. y FRIEDMAN E. H., Sexual activity and the post-coronary patient, *Archives of Internal Medicine,* 1970, *125,* 987.
HILL R., Decision making nad the family cycle, *en* E. Shanas y G. F. Streib (eds.), *Social science and the family,* Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1965.
HILL R. y RODGERS R. H., The developmental approach, *en* H. T. Christensen (ed.), *Handbook of marriage and the family,* Chicago, Rand McNally and Co., 1964.
HOENING J. y HAMILTON M. W., Elderly psychiatric patients and the burden on the household, *Psychiatria and Neurologia,* 1966, *152,* 281-293.
HOLMES T. H. y RAHE R. H., The social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research,* 1967, *11,* 214-218.
HOOPER F. H., FITZGERALD J. y POPALIA D., Piagetian theory and the aging process: Extensions and speculations, *Aging and human development,* 1971, *2,* 3-20.
HORN J. L., Organization of data on life span develpment of human abilities, *en* L. R. Goulet y P. B. Baltes (eds.), *Life span developmental psychology,* Nueva York, Academic Press, 1970.
HORN J. L. y CATTELL R. B., Refinement and test of the theory of fluid and crystallized inteligence, *Journal of Educational Psychology,* 1966, *57,* 252-270.
HORN J. L.y CATTELL R. B., Age differences in fluid and crystallized intelligence, *Acta Psycologica,* 1967, *26,* 107-129.
HORN J. L. y DONALDSON G., On the myth of intellectual decline in adulthood, *American Psychologist,* 1976, *31,* 701-719.
HOYER W., LABOUVIE G. y BALTES P., Modification of response speed deficits and intellectual performance in the elderly, *Human Development,* 1973, *16,* 233-242.
HUYCK M. H., *Growing older,* Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1974.

JAKUBZAK L. F., Age and animal behavior, *en* C. Eisdorfer y M. P. Lawton (eds.), *The psychology of adult development and aging,* Waskington, DC, *The American Psychological Association,* 1973.
JAMES W., *The principles of psychology,* Nueva York, Holt, 1890.
JEFFERS F. J., EISDORFER C. y BUSSE E. W., Measurement of age identification: A methodological note, *Journal of Gerontology,* 1962, *17,* 437-439.
JUNG C. G., *Modern man in search of a soul,* Nueva York, Harcourt, Brace and World, 1933.

KALISH R. A. y REYNOLDS D. K., *Death and ethnicity: A Psycho-cultural study,* Los Angeles, University of Southern California Press, 1976.
KANTOR J., MILTON L. y ERNEST M., Comparative psychologyc effects of estrogen administration on institutional and non-institutional elderly women, *Journal of American Geriatrics Society,* 1978, *26,* 9-16.
KARDINER A. y OVESAY L., *The mark of oppression,* Nueva York, The World Publishing Co., 1951.
KASTENBAUM R. y AISENBERG R., *The psychology of death,* Nueva York, Springer Publishing Co., 1972.

KASTENBAUM R. y MISHARA B. L., Premature death and self-injurious behavior in old age, *Geriatrics,* 1971, *26,* 70-91.
KELLY J., The aging male homosexual: Myth and reality, *The Gerontologist,* 1977, *17,* 328-332.
KIMMEL D. C., *Adulthood and aging: An interdisciplinary, developmental view,* Nueva York, John Wiley and Sons, 1974.
KIMMEL D. C., Adult development and aging: A gay perspective, *Journal of Social Issues,* 1978, *34,* 113-130.
KINSEY A. C., POMEROY W. B. y MARTIN C. E., *Sexual behavior in the human male,* Philadelphia, W. B. Saunders and Co., 1948.
KINSEY A. C., POMERY W. B., MARTIN C. E. y GEBHARD P. H., *Sexual behavior in the human female,* Philadelphia, W. B. Saunders and Co., 1953.
KISSEN D., Personality characteristics in males conducive to lung cancer, *British Journal of Medical Psychology,* 1963, *36,* 27.
KISSEN D., The present status of psychosomatic cancer research, *Geriatrics,* 1969, *24,* 129-137.
KOLLER R., KENNEY J. W., BUTLER J. C. y WASNER N. H., Counseling the coronary patient on sexual activity, *Post-Graduate Medicine,* 1972, *51,* 134.
KOZA P., Euthanasia: Some legal considerations, *en* L. A. Bugen (ed.), *Death and dying: Theory/research/practice,* Dubuque, Iowa, William C. Brown Co., Publishers, 1979.
KUBLER-ROSS E., *On death and dying,* New York, Macmillan, 1969.
KUHN T. S., *The structure of scientific revolution* (2.ª ed.), Chicago, University of Chicago Press, 1970.

LAMERS W. M., Jr., *Death, grief, mourning the funeral, and the child,* Disertación en la 84 anual convención del National Funeral Directors Association, Chicago, Ill., Novembrer 1, 1965.
LANER M. R., Growing older male: Heterosexual and Homosexual, *The Gerontologist,* 1978, *18,* 496-501.
LATORRE R. A. y KEAR K., Attitudes toward sex in the aged, *Archives of Sexual Behavior,* 1977, *6,* 203-212.
LAUFER A. C. y FOWLER W. M., Jr., Work potential of the aging, *Personnel Administration,* 1971, *34,* 20-25.
LAWTON M. P., Assessment, integration, and environments for the elderly, *Gerontologist,* 1970, *10,* 38-46.
LEFEBVRE-PINARD M. y PINARD A., Understanding and auto control of cognitive functions: Implications for the relationship between cognition and behavior, *International Journal of Behavioral Development,* 1982.
LEHMAN H., *Age and achievement,* Princeton, New Jersey, Pinceton University Press, 1953.
LE RICHE H. W., An epidemiologist looks at retirement, *Canadian Family Pshysician,* 1978, *24,* 137-139.
LESHAN L. y GASSMAN M., Some observations on psychotherapy with patients suffering from neoplastic disease, *American Journal of Psychotherapy,* 1958, *12,* 723-734.
LESHAN L. y WORTHINGTON R. W., Some psycologic correlates of neoplastic disease: A preliminary report, *Journal of Clinical and Experimental Psychopathology,* 1955, *16,* 281-288.
LESHAN L. y WORTHINGTON R. E., Loss of cathexis as a common psychodynamic characteristic of cancer patients — an attempt at statistical validation of a clinical hypothesis, *Psychological Reports,* 1956, *2,* 183-193.

LESTER D., Experimental and correlational studies of the fear of death, *Psychological Bulletin*, 1967, *61*, 27-36.
LEVIN S. y KAHANA R. J., *Psychodynamic studies on aging: Creativity, reminiscing, an dying*, New York, International Universities Press, 1967.
LEVINSON D. J., DARROW C. N., KLEIN E. B., LEVISON M. H. y McKEE B., *The seasons of a man's life*, Nueva York, Ballantine Books, 1978.
LEWIN K., Environmental forces in child behavior and development, *en* C. C. Murchison (ed.), *Handbook of child psychology*, Worchester, Massachusetts, Clark University Press, 1931.
LIEBERMAN M. A., Psychological correlates of impending death: Some preliminary observations, *Journal of Gerontology*, 1965, *20*, 181-190.
LIFTON R. J., *Death in life: Survivors of Hiroshima*, Nueva York, Random House, 1968.
LOPATA H. Z., Loneliness: Forms and components, *Social Problems*, 1969, *17*, 248-261.
LOPATA H. Z., *Widowhood in an American city*, Cambridge, Schenkman Publishing Co., 1973.
LOWENTHAL M. F. y HAVEN L., Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable, *American Sociological Review*, 1968, *33*, 20-30.

MAAS H. S. y KUYPERS J. A., *From thirty to seventy*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1974.
MACMAHON B. y PUGH J., Suicide in the widowhood, *American Journal of Epidemiology*, 1965, *81*, 23-31.
MADDOX C. y EISDORFER C., Some correlates of activity and morale among the elderly, *Social Forces*, 1962, *40*, 254-260.
MARRIS P., *Widows and their families*, Londres, Routeledge Kegan Paul, 1958.
MARRIS P., *Loss and change*, Nueva York, Pantheon Books, 1974.
MASLOW A. H., *Motivation and personality*, Nueva York, Harper, 1954.
MASTERS W. H. y JOHNSON V. E., *Human sexual responses*, Boston, Little, Brown and Company, 1966.
MASTERS W. H. y JOHNSON V. E., *Human sexual inadequacy*, Boston, Little, Brown an Company, 1970.
McCARY J. L., *Human sexuality*, Nueva York, D. Van Nostrand Company, 1967.
McCARY J. L., *Human sexuality*, Nueva York, D. Van Nostrand Company, 1973.
McCARY J. L., *Human sexuality*, Nueva York, D. Van Nostrand Company, 1978.
MEAD G. H., Mind, self, and society from the standpoint of a social behaviorist, *en* C. W. Morris (ed.), *The works of George Herbert Mead* (Vol. 1), Chicago, University of Chicago Press, 1933.
MEAD G. H., *Mind, self and society*, Chicago, University of Chicago Press, 1934.
MEICHENBAUM B., *Teaching thinking: A cognitive-learning perspective*. Trabajo presentado en el NIE-LRDC Conference on thinking and learning skill, Pittsburgh, Pennsylvania, 1980.
MILLER D. B., Sexual practices and administrative policies in long term care institution, *Journal of Long Term Care Administration*, 1975, *3*, 30-40.
MISHARA B. L., Geriatric patients who improve in token economy and general milieu treatment programs, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978, *46*, 1340-1348
MISHARA B. L., Environment and face-hand test performance in the institutionalized elderly. *Journal of Gerontology*, 1979, *34*, 692-696.

MISHARA B. L., College students' experiences with suicide and reactions to suicidal verbalizations: a model for prevention, *Journal of Community Psychology*, 1982, *10*, 142-150.
MISHARA B. L., "Du vin à qui est rempli d'amertume": problèmes d'alcool chez les personnes âgées, *Santé mentale au Canada*, 1982, *30* (3), 36-38.
MISHARA B. L. y BAKER A. H., Individual differences in stimulus intensity modulation in the elderly, *International Journal of Aging and Human Development*, 1981, *13*, 285-295.
MISHARA B. L. y BAKER A. H., Individual differences in old age: The stimulus intensity modulation approach, *en* R. Kastenbaum (ed.), *Old age on the new scene*, Nueva York, Springer, 1977.
MISHARA B. L. y KASTENBAUM R., Self-injurious behavior and environmental change in the institutionalized elderly, *Aging and Human Development*, 1973, *4*, 133.
MISHARA B. L. y KASTENBAUM R., *Alcohol and old age*, New York, Grune and Stratton, 1980.
MISHARA B. L., KASTENBAUM R., PATTERSON R. y BAKER R., Alcohol effects in old age: An experimental investigation, *Social Science and Medicine*, 1975, *9*, 535-547.
MISHARA B. L. y PATTERSON R., *Consumer's handbook for mental health*, Nueva York, Signet, New American Library, 1979.
MISHARA B. L., ROBERTSON B. L. y KASTENBAUM R., Self-injurious behavior in the elderly, *The Gerontologist*, 1973, *3*, 311-314.
MORRIS J. M., A retesting and modification of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, *Journal of Gerontology*, 1974, *29*, 1-23.
MUNNICHS J. M. A., *Old age and finitude*, Basel, Suiza y Nueva York, Karker, 1966.

National Association for Human Development, *Basic exercises for people over sixty*, Washington, DC, NAHD, 1976*a*.
National Association for Human Development, *Moderate exercices for people over sixty*, Washington, DC, NAHD, 1976*b*.
National Association for Human Development, *Exercise-activity for people over sixty*, Washington, DC, NAHD, 1977.
National Center for Heralth Statistics, *Age at menopause* [HEW Pub. No (HSM) 73-1268], USGPO, 1966.
National Center for Health Statistics, *Characteristics of persons with corrective lens* [HEW Pub. No. (HRA) 75-1520, Series 10, No. 93] USGPO, 1974.
National Center for Health Statistics, *Edentulous persons* [HEW Pub. No. (HRA) 74-1516, Series 10, No. 89], USGPO, 1974.
National Center for Health Statistics, *Age patterns in medical care, illness, and disability: United States, 1968-1969* [HEW Pub. No. (HSM) 72-1026, Series 10, Number 22], USGPO, 1973.
National Center for Health Statistics, *Divorces: Analysis of changes, vital an health statistics*, Róckville, MD, 1973, [HEW Pub. No. (HSM) 73-1900, Series 21, Number 22], USGPO, 1973.
National Center for Health Statistics, *Basic data on depressive symptomatology: United Stades, 1974-1975* [HEW Pub. No. (PHS) 80-1666), Hyattsville, MD, April, 1980.
National Center for Health Statistics, *Acute conditions: Incidence and associated disability, United States, July 1974-June 1975* [HEW Pub. No. (HRA) 77-1541, Series 10, No. 114], USGPO, 1977.

NEUGARTEN B. L., *Middle age and aging*, Chicago, The University of Chicago Press, 1968.
NEUGARTEN B. L., Personality and aging, *en* J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbooks of the psychology of aging*, Nueva York, Van Nostrand Reinhold Co., 1977.
NEUGARTEN B. L. y cols., *Personality in middle and later life*, Nueva York, Atherton Press, 1964, *58*, 140-173.
NEUGARTEN B. L. y DATAN N., Sociological perspectives on the life cycle, en P. B. Baltes y K. W. Schaie (eds.), *Life-span development psychology: Personality and socialization*, Nueva York, Academic Press, 1973.
NEUGARTEN B. L., HAVINGHURST R. J. y TOBIN S. S., Personality and patterns of aging, *en* B. L. Neugarten (ed.), *Middle age and aging*, Chicago, University of Chicago Press, 1968.
NOVAK E. R., *Textbook on gynecology* (9.ª ed.), Baltimore, Williams and Wilkins, 1975.
Nouvel observateur (*Le*), L'espoir maintenant... Suite de l'entretien de Jean Paul Sartre avec Benny Lévy, *Le Nouvel Observateur*, 1980, n.º 800, 60.

PALMORE E., *The honorable elders*, Durham, NC, Duke University Press, 1975.
PALMORE E., (ed.), *Normal aging*, II: *Reports from the Duke Longitudinal Studies, 1970-1973*, Durham, North Carolina, Duke University Press, 1974.
PARKES C. M., The first year of bereavement: A longitudinal study of reaction of London widows to the death of their husbands, *Psychiatry*, 1971, *33*, 444.
PARKES C. M., *Bereavement: Studies of grief in adult life*, Nueva York, International Universities Press, Inc., 1972.
PARKES C. M. y BROWN R., Health after bereavement: A controlled study of young Boston widows and widowers, *Psychosomatic Medicine*, 1972, *34*.
PETRIE A., *Individuality in pain and suffering*, Chicago, University of Chicago Press, 1967.
PETRIE A., COLLINS W. y SOLOMAN P., Pain sensitivity, sensory deprivation, and susceptibility to satiation, *Science*, 1958, *128*, 1431-1433.
PFEIFFER E., VERWOERDT A. y WANG H., Sexual behavior in aged men and women, *Archives of General Psychiatry*, 1968, *19*, 753-758.
PRINZ P. N., Sleep patterns in the healthy aged: Relationship with intellectual function, *Journal of Gerontology*, 1977, *32*, 179-186.
PRINZ P. N. y RASKIND M., Aging and sleep disorders, *en* R. L. Williams y I. Karacan (eds.), *Sleep disorders: Diagnosis and treatment*, Nueva York, Wiley, 1978.

RABBIT P., Changes in problem solving ability in old age, *en* J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging*, Nueva York, Van Nostrand Reinhold Co., 1977.
RAHE R. H., MCKEEN J. y ARTHUR R., A longitudinal study of life-change and illness patterns, *Journal of Psychosomatic Research*, 1967, *10*, 355-366.
RAPPAPORT R., Normal crises, family structure and mental health, *Family Process*, *2*, 1963.
RASKIND M., ALVAREZ C., PIETRZYK M., WESTERLUND K. y HENLIN S., Helping the elderly psychiatric patient in crisis, *Geriatrics*, 1976, *31*, 51-56.
REICHARD S., LEVINSON F. y PETERSEN P. G., *Aging and personality*, Nueva York, John Wiley, 1962.
RIDDLE D. y MORIN S., Removing the stigma: Data from individuals, *American Psychological Association Monitor*, 1977, *8*, 16-28.

RIEDEL R. G. y WEFALD J., Revitalizing rural America, *en* C. P. Lutz (ed.), *Farming the Lord's Land*, St. Paul, MN, Augsburg Press, 1980.
RIEGEL K. J. y RIEGEL R. M., Development, drop and death, *Developmental Psychology*, 1971, *11*, 79-87.
RILEY M. W., FONER A., MOOLER M. E., HESS B. y ROTH B., *Aging and society: An inventory of research findings* (Vol. 1), Nueva York, Russell Sage Foundation, 1968.
ROBINS L., WEST P. y MURPHY G., The high rate suicide in older white men: A study testing ten hypotheses, *Social Psychiatry*, 1977, *12*, 1-20.
RODIN J. y LANGER E. J., Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1977, *35*, 897-902.
ROSE A., The subculture of aging: A framework for research in social gerontology, *en* A. Rose y W. Peterson (eds.), *Older people and their social world*, Philadelphia, Davis, 1965.
ROSENMAYR L. y KOCHEIS E., *Unwelt and familie alter menschen*, Berlin, Luchterland-Verlag, 1965.
ROSENTHAL R., *Experimenter effects in behavioral research*, Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1966.
ROTTER J. B., Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs*, 1966, *80* (1 texto íntegro No. 609).
RUBIN I., *Sexual life in the later years*, New York, Sex Information and Education Council of the US (Siecus), 1970.
RYAN E. D. y FOSTER R., Athletic participation and perceptual reduction and augmentation, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1967, *6*, 472-276.

SALES S., Need for stimulation as a factor in social behavior, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1971, *19*, 124-134.
SALES S., Need for stimulation as a factor in preferences for different stimuli, *Journal of Personality Assessment*, 1972, *36*, 55-61.
SCHAIE K. W., Translations in gerontology. From lab to life: Intellectual functioning, *American Psychologist*, 1974, *29*, 802-807.
SCHAIE K. W., LABOUVIE G. V. y BARRET T. H., Selective attrition effects in a fourteen year study of adult intelligence, *Journal of Gerontology*, 1973, *28*, 328-334.
SCHERR A. L., *Filial responsability in the modern American family*, Washington, DC, Social Security Administration, Division of Programm Research, 1960.
SCHMALE A. H. e IKER H., The psychological setting of uterine cervical cancer, *The Annals*, 1966, *125*, 807.
SHNEIDMAN E. S., *Deaths of man*, New York, Quadrangle, 1973.
SCHOEFIELD D., Theoretical nuances and practical old questions: The psychology of aging, *Canadian Psychologist*, 1972, *13*, 252-266.
SCHUR M. C., *Freud living and dying in the form of a morphine injection*, Nueva York, International University Press, 1972.
SCHWARTZ A. N., Staff development and morale building in nursing homes, *The Gerontologist*, 1974, *14*, 50-53.
SEELBACK W. C. y SAVER W. J., Filial responsibility, expectations and morale among aged parents, *The Gerontologist*, 1977, *17*, 492-499.
SELIGMAN M. E. P., Depression and learned helplessness, *en* R. J. Friedman y M. M. Katz (eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*, Washington, Winston, 1974.

SELIGMAN M. F. P., *Helplessness: On depression, development and death,* Nueva York, Freedman, 1975.
SELIGMAN M. R. P., KLEIN D. C. y MILLER W. R., Depression, *en* H. Leitenberg (ed.), *Handbook of behavior therapy,* Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1976.
SELYE H., *Stress without distress,* Nueva York, Dutton, 1974.
SENDBUEHLER M. J. y GOLDSTEIN S., Attempted suicide among the aged, *Journal of American Geriatrics Society,* 1977, *25,* 245-248.
SHEEHY G., *Passages: Predictable life crises of adult life,* Nueva York, E. P. Dutton, 1976.
SHERPAD H. L., Work and retirement, *en* R. A. Binstock y E. Shanas (eds.), *Handbook of Aging in the Social Sciences,* Nueva York, Van Nostrand-Reinhold, 1976, 286-309.
SILVERMAN J. A., A paradigm for the study of altered states of consciousness, *British Journal of Psychiatry,* 1968, *114,* 1201-1218.
SILVERMAN P., MACKENZIE D., PETTIPAS M. y WILSON E. (eds.), *Helping each other in widowhood,* Nueva York, Health Sciences Publishing Corp., 1974.
SPIRDUSO W. W., Reaction and movement time as a function of age and physical activity level, *Journal of Gerontology,* 1975, *30,* 435-440.
SPIRDUSO W. W. y CLIFFORD P., Replication of age and physical activity effects on reaction and movement time, *Journal of Gerontology,* 1978, *33,* 26-30.
SPOOR A., Presbycusis values in relationship to noise reduced hearing loss, *International Audiology,* 1967, *6,* 48-57.
Statistical Bulletin, Nueva York, Metropolitan Life Insurance Company, Febrero, 1976.
Statistical Bulletin, Nueva York, Metropolitan Life Insurance Company, Octubre, 1977.
STORCK P., LOOFT W. R. y HOOPER F. H., Interrelationships among Piagetian tasks and traditional measures of cognitive abilities in mature and aged adults, *Journal of Gerontology,* 1972, *27,* 461-465.
STRIEB E. P., Are the aged a minority group? *en* A. W. Gouldner y J. M. Miller (eds.), *Applied sociology: Opportunities and problem,* Nueva York, Free Press, 1965.
SULLIVAN H. S., *The interpersonal theory of psychiatry,* Nueva York, W. W. Norton, 1953.
SUSSMAN M. B., The family life of older people, *en* R. H. Binstock y E. Shanas (eds.), *Handbook of aging and the social sciences,* Nueva York, Van Nostrand Reinhold Company, 1976.
SWANSON D., Minnie Remembers, *en* D. Swanson, *Mind Song,* Nashville, Tennessee, The Upper Room, 1978.
SWEENEY D. R., Pain reactivity an kinesthetic after effect, *Perceptual and Motor Skills,* 1966, *22,* 763-769.

TERMAN L. M. y ODEN M. H., *The gifted child grows up,* Stanford, Stanford University Press, 1947.
THOMAE H., Theory of aging and cognitive theory of personality, *Human Development,* 1970, *13,* 1-16.
THOMAE H., *Patterns of aging: Findings from the Bonn Longitudinal Study of Aging,* Nueva York, S. Karger, 1976.
THURSTONE L. L., *Vectors of the mind,* Chicago, University of Chicago Press, 1935.

THURSTONE L. L., Primary mental abilities, *Psychometric Monographs,* 1938, I, Whole.
THURSTONE L. L. y THURSTONE T. G., *Primary mental abilities scales: Primary, elementary, and intermediate,* Chicago, Science Research Associates, 1950.
TOWNSEND P., Isolation and loneliness in the aged, *en* R. S. Weiss (ed.), *Loneliness: The experience of emotional and social isolation,* Cambridge, MIT, Press, 1973, 175-188.
TROLL L. E., The family of later life: A decade review, *Journal of Marriage and the Family,* 1971, *33,* 263-290.

UENO M., The so-called coital death, *Japanese Journal of Legal Medicine,* 1963, *17,* 535.

VAN GENNER A., *The rites of passage,* Londres, Routledge and Kegan Paul, 1960.

WARRINGTON E. K. y SANDER H. I., The fate of old memories, *Quarterly-Journal of Experimental Psychology,* 1971, *23,* 432-442.
WASOW M. y LOEB M. B., Sexuality in nursing homes, *Journal of American Geriatric Society,* 1979, *27,* 73-79.
WESCHSLER D., *The measurement and appraisal of adult intelligence,* Baltimore, Williams and Wilkins, 1958.
WEISMAN A. D. y HACKETT T. P., Predilection to death, *Psychosomatic Medicine,* 1961, *23,* 232-255.
WELFORD A. T., Motor performance, *en* J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging,* Nueva York, Van Nostrand Reinhold Co., 1977, 450-496.
WETHERICK N. E., The infernetial basis of concept attainment, *British Journal of Psychology,* 1966, *57,* 61-69.
WILKIE F. y EISDORFER C., Sex, verbal ability, and pacing differences in serial learning, *Journal of Gerontology,* 1977, *32.*
WILKIE F. L., EISDORFER C. y NOWLIN J. B., Memory and blood pressure in the aged, *Experimental Aging Research,* 1976, *2,* 3-16.

ZALUSKY J., Shorter work years — early retirement, *The AFL-CIO American Federationist,* 1977, *84,* 4-8.
ZELLER F. A. y KNIGHT R., Preventicare's impact: Preliminary results of a survey, *Long Term Care and Health Services Administration Quarterly,* 1978, *1,* 5-19.

BIBLIOGRAFIA ADICIONAL

AGUIRRE ELUSTONDO, J. A.: *Situación del anciano en España* (Informe GAUR), Confederación Española de Cajas de Ahorros, Madrid, 1975.

AGUIRRE ELUSTONDO, J. A.: *Situación económica actual,* Simposio sobre problemas humanos de la Tercera Edad, Madrid, Karpos, 1977.

AGUIRRE ELUSTONDO, J. A. y otros: *Tercera Edad,* Instituto de Ciencias del Hombre, Madrid, Karpos, 1977.

ALONSO TORRENS, F. J.: "Marginación social en la tercera edad en España" *Revista de Fomento Social,* n.º 124, 1976.

ALONSO TORRENS, F. J.: "La Tercera Edad: Tercer mundo español", *Documentación Social,* n.º 38, Caritas Española, Madrid, 1977.

ARAGO, I.: "Los ancianos, el 10 por 100 de nuestra población", *Estudios sobre hospitales,* n.º 32, Barcelona.

ARAGO, J. M.: "El proceso de envejecimiento: Aspectos psicológicos", *Estudios de Psicología,* n.º 2, Madrid, 1980.

ARBELO CURBELO, A. y HERNANDEZ RODRIGUEZ, G.: *Demografía sanitaria de la ancianidad,* Instituto de Ciencias del Hombre, Madrid, Karpos, 1981.

ARTIGAS GARCIA, J.: *Cómo combatir el envejecimiento,* Barcelona, Plaza y Janés, 1984.

AUCLAIR, M.: *Hacia una vejez dichosa,* Barcelona, Iberia, 1972.

BEAUVOIR, S.: *La vejez,* Buenos Aires, Sudamericana, 1970.

BIZE, P. R. y VALLIER, C.: *Una nueva vida: la tercera edad,* Bilbao, Mensajero, 1973.

BURNS, E.: *Enfermería Geriátrica,* Madrid, Morata, 1980.

CABRERIZO PLAZA, F. J.: "Tercera Edad: futuro, compromiso y dimensión social", *Institución Telefónica de Previsión,* Madrid, 1980.

CALVO MELENDRO, J.: *Aburrimiento y depresión en la vejez,* Anales de la Real Academia Nacional de Medicina, Cuaderno n.º 4, Madrid, 1971.

CANAL RAMIREZ, G.: Envejecer no es deteriorarse (5ª ed.), Madrid, Paraninfo, 1981.

CARRASCO, J. L., VELA A. y ARANA, J.: *Estudio biopsicosocial de jubilados,* Instituto de Ciencias del Hombre, Informe ICAM-79, Madrid, 1979.

CASALS, I.: "Hacia una sociología de la ancianidad en España", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas,* n.º 11.

CASALS, I.: *Sociología de la ancianidad,* Madrid, Mezquita, 1982.

Cátedra de Gerontología: *Residencias para la Tercera Edad,* Obra Social de la Caja de Pensiones para la Vejez, Cátedra de Gerontología de Barcelona, Barcelona, 1980.

Cátedra de Gerontología: *Servicios a domicilio para la Tercera Edad. Algunos documentos sobre la legislación y experiencias en el extranjero,* Cátedra de Gerontología de Barcelona, Caja de Pensiones para la Vejez, Barcelona, 1980.

COMFORT, A.: *Una buena edad: la tercera edad,* Madrid, Debate, 1979.

Comisión Catalana de Vejez de Organizaciones no Gubernamentales: *Problemática de la vejez en Cataluña,* Barcelona, 1984.

Comité Español para el Bienestar Social: *Guía de Instituciones y Centros dedicados en España a la atención de los ancianos,* Madrid, C.E.B.S., 1979.

Confederación Española de Cajas de Ahorros: *Las Cajas de Ahorros y las obras de asistencia a la Tercera Edad,* Madrid, Karpos, 1972.

Confederación Española de Cajas de Ahorros: *Nuestros Mayores,* Departamento de Publicaciones, Madrid, 1977.

Cruz Roja Española: *Ser anciano en España* (Estudio psicosocial), Centro de Estudios y Difusión de los Derechos del Hombre, Madrid, Cruz Roja Española, 1982.

Cuadernos para el Diálogo, "La ciudad de los ancianos", n.º 85, Madrid, 1970.

CHAUCHAR, P. y J.: *Envejecer juntos,* Alcoy, Marfil, 1969.

DE BEAUVOIR, S.: *La vejez,* Buenos Aires, Sudamericana, 1970.

DE MIGUEL, Amando y otros: *Informe sociológico sobre la situación social en España,* Fundación FOESSA, Madrid, Euroamérica, 1976.

DEL CAMPO, DUOCASTELLA, SALGADO ALBA y otros: *Introducción a la Gerontología social,* Madrid, Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, 1981.

Departamento de Investigación Sociológica (D.I.S.): *Guía de Instituciones y Centros dedicados en España a la atención de los ancianos,* Madrid, Comité Español para el Bienestar Social, 1979.

DIAZ, D.: *La última edad,* Pamplona, EUNSA, 1976.

Diputación de Madrid: *Los ancianos de los 80,* (Propuestas para una política de la tercera edad en la Región de Madrid), Madrid, Oficina Medios de Comunicación, 1981.

DUOCASTELLA, R.: *Informe sobre la tercera Edad. Estudio sociológico sobre la ancianidad en Cataluña,* Barcelona, Fontanella, 1976.

ECK, M.: "Los cincuenta años y la esperanza", *Delta* n.º 39, Madrid, 1970.

FAVELUKES DE KOHAN, Felisa: *Desafío a los años,* Buenos Aires, Landa y Cía., 1970.

FERNANDEZ FERREIRO, Jorge: "La vejez y sus achaques"' *Psicodeia* n.º 42, Tomo VIII.

FERNANDEZ ISAMBERT.: *Abuelos hoy,* Bilbao, Mensajero, 1972.

FERNANDEZ NOGUERA, J.: "Comentarios sobre algunos problemas de la vejez" *Arbor* n.º 37, Madrid, 1949.

FIGALLO ESPINAL.: "Vejez y envejecimiento" *Revista Española de Gerontología y Geriatría* n.º 1, Tomo XII, Madrid, 1977.
Fundación FOESSA: *Informe sociológico sobre la situación social de España, 1970,* n.º 4, Madrid, Euramérica.
FUSTINONI PASSANANTE, O.: *La Tercera Edad,* Buenos Aires, Prensa Médica Argentina, 1980.

GARAY LILLO, J.: "Adaptación y convivencia en la Tercera Edad", *Revista Española de Gerontología* n.º 5, Tomo X, Madrid, 1975.
GARAY LILLO, J. y MONLEON, V.: "Aspectos psicosomáticos y psiquiátricos de la sexualidad en la Tercera Edad", *Sexual Médica* n.º 9, Madrid, 1974.
GEIST, H.: *Psicología y Psicopatología del envejecimiento,* Buenos Aires, Paidós, 1977.
GONZALEZ-CARVAJAL SANTABARBARA, L.: "La tercera edad, un tercer mundo entre nosotros", *Razón y Fe* n.º 968-969, Madrid, 1978.
GONZALEZ y GONZALEZ, J. A.: *Aspectos etiológicos de la Tercera Edad,* Salamanca, Universidad Pontificia, 1979.
GRISOLIA, S.: "Aspectos sociales y moleculares del envejecimiento", Madrid, *Boletín Informativo de la Fundación Juan March,* 1979.
Groupe Lyonnais d'Etudes Medicales: *La vejez, problema de hoy,* Madrid, Razón y Fé, 1965.
GUARDINI, R.: *Las edades de la vida,* Madrid, Cristiandad, 1977.

HOCH, P. y ZUBIN, J.: *Psicopatología de la vejez,* Madrid, Morata, 1964.
HOOKER, S.: *La Tercera Edad. Comprensión de sus problemas y auxilios prácticos para los ancianos,* Barcelona, Gedisa, 1978.

Informe GAUR: *La situación del anciano en España,* Madrid, Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1975.
Instituto Nacional de Estadística: *Censo de Centros Asistenciales. Año 1975.* Madrid, Instituto Nacional de Estadística, 1980.
Instituto Nacional de Servicios Sociales: *Ayuda a domicilio,* Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales, Madrid, Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, 1981.
Instituto Nacional de Servicios Sociales: *La condición de la mujer anciana en España,* Servicio de Estudios, Publicaciones y Relaciones Internacionales del INSERSO, Madrid, Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1980.
Instituto de Sociología y Psicología Aplicada (I.S.P.A.): *Informe sociológico sobre la ancianidad en Cataluña,* Barcelona, Fundación María Francisca Roviralta, 1976.
Instituto de Sociología y Psicología Aplicadas (I.S.P.A.): *Las obras sociales en favor de los ancianos,* Madrid, Confederación Española de las Cajas de Ahorros, 1971.

JUSTEL, M.: *Los viejos y la política,* Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1983.

KALISH, R. A.: *La vejez. Perspectivas del desarrollo humano,* Madrid, Pirámide, 1982.
KATZ, D.: *Psicología de las Edades,* 7ª ed., Madrid, Morata, 1983.
KRIEKEMANS, A.: *La vejez. Culminación de la vida,* Madrid, Euramérica, 1964.

LEHR, U.: *Psicología de la Senectud,* Barcelona, Herder, 1980.
LEVIN, S. y KEHANA, R. J.: *Los procesos psicológicos en el envejecimiento,* Ed. Hormé, Buenos Aires, 1973.
LIDZ, Th.: *La persona humana: su desarrollo a través del ciclo vital,* Barcelona, Herder, 1973.
LOPEZ-CEPERO, J. M.: *Los viejos,* Barcelona, Dopesa, 1977.
LUÑO, E.: *La ancianidad,* Barcelona, Caixa, 1968.

LLAVERO, Francisco: *El hombre y sus cuatro edades (Psiquiatría antropológica y gerontopsiquiatría preventiva),* Madrid, Ferreiro, 1974.

MARCHESI, A., CARRETERO, M., PALACIOS, J.: *Psicología Evolutiva.* Tomo III. "Adolescencia, Madurez y Senectud", Madrid, Alianza, 1985.
MARTINEZ GOMEZ, J. M. y SALGADO ALBA, A.: "Preparación a la jubilación", *Revista Española de Gerontología,* n.º 6, tomo XI, Madrid, 1976.
MARTINEZ DE LA PERA: *La vida afectiva y social en una residencia para personas mayores,* Madrid, Eléxpuru, 1976.
MEYER, J.: *Angustia y conciliación de la muerte en nuestro tiempo,* Barcelona, Herder, 1983.
Ministerio de Cultura: *Cultura en la tercera edad,* Madrid, 1983.
Ministerio de Sanidad y S. S.: *Ayuda a Domicilio,* Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid, Ministerio de Sanidad y S. S., 1980.
Ministerio de Sanidad y S. S.: *Una década de la ayuda a domicilio (1970-1979),* Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid, Ministerio de Sanidad y S. S., 1980.
Ministerio de Sanidad y S. S.: *Filosofía, realizaciones y previsiones del Servicio de Asistencia a Pensionistas de la Seguridad Social en la asistencia al anciano en España,* Barcelona, Ferrer Internacional, 1980.
Ministerio de Sanidad y S. S.: *Movilidad en las Residencias de Pensionistas de la Seguridad Social,* Servicio de Asistencia al Pensionista, Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1979.
MONCADA, A.: *La crisis de los 40,* Barcelona, Plaza y Janés, 1984.

NADAL, J.: *La población española,* 2ª ed., Barcelona, Ariel, 1971.
NIETO PIÑEROVA, J. A.: "En torno a la 'perspectiva sociológica de la vejez' ", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas,* n.º 14.

OTERO, A. y ROJAS, E.: "Atención a domicilio. Su utilización en el tratamiento del impedido físico y mental de difícil manejo", *Revista del Hospital Geriátrico de la Habana,* 1980.

PAILLAT, P.: *Sociología de la vejez,* Barcelona, Oikos-Tau, 1971.
PERLADO ORTIZ DE PINEDO, F.: *Servicios sociales para la vejez,* Madrid, Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1983.
PERNAU LLIMOS, J.: "La ancianidad, problema social de nuestro tiempo", *Revista de Documentación Social,* Octubre-Diciembre, número monográfico.

Razón y fé: La tercera edad: Un tiempo para vivir, número monográfico, tomo 206, n.º 1010, Madrid, Julio-Agosto, 1982.
RODRIGUEZ IBAÑEZ, J. E.: "Perspectiva Sociológica de la vejez", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas,* n.º 7, 1979.

RUIZ RUIZ, M. y SENTIS VILLALTA, J.: *Factores demográficos y económicos en los ancianos,* Sociedad Española de Psiquiatría, Madrid, Antonio Ferreiro, 1974.
RUIZ RUIZ, M. y otros: *Un sondeo sobre la situación social de los ancianos,* Sociedad Española de Psiquiatría, Madrid, Antonio Ferreiro, 1974.
RUBIO HERRERA, R.: *El concepto de pasado en la tercera edad.* Actas del Congreso Nacional de Psicología, 1982.
RUBIO HERRERA, R.: *El concepto de presente y futuro en la tercera edad.* Actas del Congreso Nacional de Psicología, 1982.
RUBIO HERRERA, R.: *La visión de sí mismo en la tercera edad.* Actas del Congreso Nacional de Psicología, 1982.
RUBIO HERRERA, R.: "El problema de la muerte en la tercera edad". *Revista de Psicología General y Aplicada,* vol. 36 (4) pág. 719-727, Octubre, 1981.

SALGADO ALBA, A. y otros: *Curso de Geriatría.* Symposium sobre envejecimiento cerebral, Madrid, Saned, 1982.
SANCHEZ CARO, J. y RAMOS, F.: *La vejez y sus mitos,* Madrid, Salvat, 1982.
SANCHEZ HIDALGO, E.: *La psicología de la vejez,* Puerto Rico, Universitaria, 1975.
SAVAGE, R. D. y otros: *Dinámica intelectual en la tercera edad,* Madrid, Castillo, 1980.
SOLER, M. C.: *Cómo vivir mejor. Enriquecer la Tercera Edad,* Barcelona, Argos Vergara, 1979.

THOMAE, H.: "Anticipación de la situación de retiro y adaptación a esta situación: Aspectos psicológicos de la preparación para la situación de retiro", *Centro Internacional de Gerontología Social,* V Curso Internacional, París, 1974.

Varios: *Estudios biopsicosocial de los jubilados,* Madrid, Karpos, 1979.
Varios: *Higiene preventiva en la tercera edad,* Madrid, Karpos, 1971.
Varios: *Preparación a la Jubilación,* Centro Internacional de Gerontología Social, V Curso Internacional, París, 1974.
Varios: *Seminario sobre trabajadores de edad madura,* Madrid, Ministerio de Trabajo, Servicio de Publicaciones, 1968.
Varios: *Simposio sobre problemas humanos de la Tercera Edad,* Instituto de Ciencias del Hombre, Madrid, Karpos, 1977.
VAZQUEZ-VIGO, Carmen: *El miedo a los años,* Madrid, S. M. 1982.
VILAR, Esther: *Viejos,* Barcelona, Plaza y Janés, 1981.
VISCHER, A.: *La vejez como destino y plenitud,* Buenos Aires, Sudamericana, 1949.

WOLTROCK, H.: *La vejez, segunda vida del hombre,* Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1962.

ZINBERG, N. E. y KAUFMAN, L.: *Psicología normal de la vejez,* Buenos Aires, Paidós, 1970.

INDICE DE AUTORES

En esta obra, bajo la forma de resumen crítico, MISHARA y RIEDEL exponen cada una de las principales corrientes de la investigación y de la teoría gerontológicas; tratando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los cambios que afectan a este período de la vida.

Los autores abordan muy variados aspectos en esta materia: desde la senilidad y la actitud ante la muerte a la sexualidad y la salud mental, tratando asimismo temas prácticos tan interesantes como la capacidad del hombre para intervenir en el proceso de envejecimiento y mejorar su calidad de vida.

Esta obra, de fácil lectura, interesará a toda persona deseosa de conocer las facetas científicas de nuestros conceptos actuales sobre el envejecimiento.

Colecciones: Psicología
Pedagogía
Sociología
Psiquiatría
Matemáticas
Medicina
Sexología
Filosofía
Religión
Política



EDICIONES MORATA, S. A.
Mejía Lequerica, 12. 28004 - Madrid